ÎN AJUTORUL MEDICULUI DE MEDICINĂ GENERALĂ

MG

C. DRAGOMIRESCU

DIAGNOSTIC ŞI ATITUDINE DE URGENŢĂ ÎN PATOLOGIA CHIRURGICALĂ

EDITURA MEDICALĂ

Scanned with OKEN Scanner

Dr. C. DRAGOMIRESCU

DIAGNOSTIC ŞI ATITUDINE DE URGENŢĂ ÎN PATOLOGIA CHIRURGICALĂ

EDITURA MEDICALĂ
Bucureşti, 1992

Scanned with OKEN Scanner

Coperta de : GICĂ PETRE

ISBN 973-39-0138-5

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

	Pag.
Prefață	5
Cuvînt înainte	7
1. Aspecte de urgență în patologia abdominală	9
1.1. Abdomenul acut chirurgical, în afara traumatismelor. Date generale	9
1.2. Ingestia de substanțe caustice	17
1.3. Hemoragia digestivă superioară	18
1.4. Ulcerul perforat	21
1.5. Colecistita acută	23
1.6. Litiaza căii biliare principale	25
1.7. Pancreatita acută	30
1.8. Ocluzia intestinală	32
1.9. Apendicita acută	36
1.10. Hemoragia digestivă inferioară masivă	38
1.11. Aspecte de urgență în patologia anală	39
2. Patologie traumatică	43
2.1. Date generale privitoare la asistența primară a traumatizaților	43
2.2. Resuscitarea cardiorespiratorie	47
2.3. Traumatismele toracelui	53
2.4. Traumatismele abdomenului	60
2.5. Traumatismele aparatului urinar	63
2.6. Traumatismele mîinii — asistența primară	65
2.7. Atitudinea față de amputațiile traumatice ale extremităților	67
2.8. Leziunile traumatice ale vaselor periferice	68
3. Agresiunile termice	71
3.1. Arsurile	71
3.2. Șocul caloric	74
3.3. Degerăturile	75
3.4. Hipotermia generalizată accidentală	78
4. Aspecte de urgență în patologia vasculară în afara traumatismelor	81
4.1. Tromboflebita superficială	81
4.2. Tromboflebita profundă a membrelor pelvine	83
4.3. Ocluzia arterială periferică acută	85
5. Infecțiile chirurgicale	89
5.1. Abcesul și flegmonul	89
5.2. Stafilocociile cutanate	90
5.3. Celulita	93

Scanned with OKEN Scanner

Pag

5.4. Erizipelul 93
5.5. Tetanosul 94
5.6. Antraxul 96
5.7. Fasceita necrozantă 96
5.8. Infecțiile clostridiene 96
5.9. Infecțiile degetelor și mîinii 99

Anexa 1 — Recomandări privind sterilizarea materialelor utilizate în practica medicală 102

Anexa 2 — Instrucțiuni pentru prevenirea tetanosului 105

Bibliografie selectivă 108

PREFAȚĂ

Lucrarea „Diagnostic și atitudine de urgență în patologia chirurgicală" se încadrează în preocuparea continuă de a veni în ajutorul primului eșalon medical, adică al medicului de medicină generală.

O atare lucrare nu reprezintă o monografie în care fiecare problemă este analizată pe larg din toate punctele de vedere, ci un îndreptar care are drept scop stabilirea în timp util a diagnosticului de urgență chirurgicală.

Din experiența de o viață întreagă, rezultatele bune obținute în chirurgia de urgență a abdomenului se datoresc în cea mai mare parte medicului de la primul eșalon de asistență medicală care a trimis în timp util bolnavul în servicii de chirurgie.

În abdomenul acut, a cărui simptomatologie poate deseori fi înșelătoare pe parcursul orelor ce se succed debutului, am avut ocazia să văd adevărate dezastre printr-o temporizare nejustificată sub medicație inadecvată și aceasta datorită faptului că nu s-au executat o anamneză corectă și mai ales o analiză atentă a simptomului princeps *care a marcat suferința — durerea și caracterele ei.*

De asemenea în suferințele mîinii — traumatice sau septice — temporizarea nejustificată se poate solda cu complicații uneori greu de rezolvat și urmate de sechele funcționale importante.

Același lucru poate fi menționat pentru traumatisme și alte multe suferințe ce impun necesitatea unui tratament de urgență într-o unitate calificată.

E mai ușor de a redacta un capitol de patologie în toată complexitatea lui decît de a alege, a sublinia, acele semne clinice care sugerează o situație de urgență într-o unitate lipsită de mijloace de investigare paraclinică.

Pentru a ajunge la o justă apreciere a situației, medicul trebuie să pornească de la o foarte corectă și minuțioasă anamneză din care să rezulte caracterele particulare ale semnelor de debut și evoluția lor.

Uneori este greu de stabilit diagnosticul propriu-zis, dar dacă simptomatologia creează bănuiala unei afecțiuni acute este mai prudentă evacuarea bolnavului într-un spital decît o temporizare care se poate solda cu evoluție gravă.

Un îndreptar clinic în stabilirea unei linii de comportament în afecțiunile chirurgicale acute nu poate fi făcut decît de un chirurg cu experiență, dotat cu spirit de sinteză și discernămînt, calități ce le îndeplinește cu prisosință autorul.

Scanned with OKEN Scanner

Dr. Dragomirescu este unul din cei mai buni și apropiați foști colaboratori ai mei. Am apreciat întotdeauna calitățile sale deosebite profesionale și umane, care definesc un om de valoare.

Îl felicit pentru redactarea acestei lucrări pe care o recomand cu toată căldura tuturor medicilor de medicină generală drept un îndrumător valoros în activitatea lor zilnică.

Prof. dr. doc. I. JUVARA

Scanned with OKEN Scanner

„Cele mai frumoase progrese în chirurgia de urgență sînt datorate zelului acelor practicieni care au înțeles importanța factorului timp".

H. Mondor

CUVÎNT ÎNAINTE

Această lucrare, încadrată în colecția publicată în Editura Medicală în sprijinul medicului generalist, își propune să reactualizeze cititorului noțiuni de diagnostic și atitudine de urgență în patologia chirurgicală.

Despre urgențe se poate scrie foarte mult. Scopul lucrării fiind însă strict limitat, au fost lăsate deoparte aspectele teoretice de etiopatogenie, cele de diagnostic paraclinic precum și cele de terapeutică chirurgicală propriu-zisă.

Interpretarea noțiunii de urgență nu este aceeași pentru bolnav și pentru medic. Din punct de vedere al pacientului orice suferință mai mult sau mai puțin intensă poate fi — pe bună dreptate — apreciată ca „urgență". Sub raport medical însă sînt socotite urgențe acele stări patologice critice care pun în mod imediat viața individului în pericol.

Reglementările în vigoare prevăd că „pentru personalul medico-sanitar acordarea primului ajutor la locul accidentului sau îmbolnăvirii constituie o obligație profesională". De altfel aceasta este în primul rînd o obligație morală fundamentală.

Prima problemă importantă este recunoașterea stării de urgență, fie că este vorba de leziuni uni — sau pluriregionale determinate de un traumatism, fie că sîntem confruntați cu un proces patologic acut, avînd potențial evolutiv grav.

Uneori aspectul de urgență cu risc vital imediat este evident. Alteori tabloul clinic inițial nu pare foarte alarmant, totuși leziunile existente prezintă un risc de agravare brutală care poate surveni în orice moment.

Este mai prudent să bănuim o posibilă urgență și să „păcătuim" trimițînd la spital un bolnav la care supoziția de gravitate va fi infirmată, decît să temporizăm un caz a cărui evoluție se poate înrăutăți oricînd.

După recunoașterea stării de urgență, următorul element important este punerea în practică a unor măsuri de prim ajutor concomitent cu organizarea deplasării bolnavului la spital, operativ și în condiții de confort.

Scanned with OKEN Scanner

În multe situații aceste acțiuni se impun evident de la primul contact cu pacientul. Cel mai bun exemplu îl constituie manevrele de resuscitare cardio-respiratorie, al căror succes depinde de rapiditatea recunoașterii stării critice și a reanimării corecte. În alte cazuri, fără a avea același caracter dramatic, manevrele de prim ajutor trebuie efectuate rapid și eficient pentru a împiedica agravarea leziunilor. Se înscriu în această categorie: imobilizarea provizorie a fracturilor, acoperirea corectă a unor zone arse, întreruperea pierderii de sînge printr-o hemostază temporară corectă, scoaterea de sub acțiunea frigului și încălzirea adecvată în leziunile provocate prin temperaturi scăzute.

Există și situații în care primul ajutor se reduce la minimum. În abdomenul acut chirurgical de exemplu, rareori se impun la nivel de asistență primară niște măsuri terapeutice particulare. Ceea ce primează la acest eșalon este operativitatea evacuării bolnavului.

Manevrele de prim ajutor trebuie adaptate particularităților lezionale ale fiecărui caz și limitate la ceea ce este necesar și suficient pentru eliminarea riscurilor imediate majore. Un prim ajutor intempestiv și incompetent poate agrava leziunile primare: în fracturi, traumatisme ale mîinii, plăgi penetrante și multe alte situații.

În materie de prim ajutor trebuie să știm bine ce avem de făcut și să fim corecți în ceea ce facem.

Ca atare este necesară o bună însușire a indicațiilor și a tehnicii manevrelor de prim ajutor, consolidată prin exerciții periodice.

Noțiuni privitoare la patologia de urgență și la primul ajutor se găsesc în numeroase lucrări și fac obiectul multor acțiuni de educație sanitară. Totuși aceste aspecte sînt încă insuficient cunoscute. Asimilarea lor corectă și dobîndirea abilității de a le pune în practică de către întreg personalul medico-sanitar ar putea contribui la salvarea mai multor vieți.

În multe situații, mai ales în traumatologie, soarta victimei depinde de ceea ce se petrece în primele momente după accident: operativitatea și competența primului ajutor.

Dorinței generale de ameliorare a asistenței de urgență — sarcină prioritară — i se alătură și prezenta lucrare, ca o încercare de reamintire sintetică a unor aspecte practice legate de recunoașterea urgențelor chirurgicale și atitudinea imediată față de bolnavii respectivi.

Bibliografia selectivă anexată în final este o propunere pentru studiul mai aprofundat al unor aspecte pe care cititorul le va aprecia ca tratate prea sumar.

AUTORUL

Scanned with OKEN Scanner

1. ASPECTE DE URGENȚĂ ÎN PATOLOGIA ABDOMINALĂ

1.1. ABDOMENUL ACUT CHIRURGICAL, ÎN AFARA TRAUMATISMELOR

DATE GENERALE

Abdomenul acut este definit de A. Păunescu-Podeanu ca „eticheta diagnostică ce se aplică obișnuit pe un tablou clinic care însumează o durere abdominală acută vie, violentă, extrem de intensă, chinuitoare, plus un context simptomatic abdominal și general sever, ansamblu care trădează o stare patologică gravă, cu evoluție evident amenințătoare, dar al cărui diagnostic etiologic, de substrat, de afecțiune sau de condiție cauzală, nu poate fi stabilit de la primul contact cu bolnavul".

Cauzele care pot determina un astfel de tablou clinic sînt variate : afecțiuni medicale pure, altele inițial medicale dar cu posibilă evoluție chirurgicală ulterioară și afecțiuni care de la bun început impun o rezolvare chirurgicală.

Chiar dacă la primul consult medical problemele diagnosticului etiologic nu pot fi lămurite, este important să recunoaștem tabloul clinic al abdomenului acut pentru a îndruma în timp util bolnavul la cea mai apropiată unitate spitalicească, în scopul urmăririi clinice și paraclinice de specialitate și stabilirii conduitei terapeutice adecvate. Temporizarea evacuării unui bolnav cu o suferință abdominală acută poate reduce considerabil șansele de reușită a tratamentului chirurgical.

Orientarea judicioasă a diagnosticului inițial depinde de corectitudinea cu care sînt efectuate anamneza și examenul clinic.

a. Anamneza

Anamneza trebuie să ofere răspunsuri la următoarele întrebări :

— cînd a debutat afecțiunea pentru care bolnavul se prezintă la consult ;

— cum a debutat boala : simptomul dominant și simptomele asociate ;

— care a fost evoluția ulterioară a fiecăruia din simptomele prezente la debut ;

— dacă s-au adăugat în timp și alte simptome ;

— tratamente efectuate de la debutul afecțiunii respective (din proprie inițiativă sau la indicația medicală) și care a fost efectul acestora ;

Scanned with OKEN Scanner

— care este motivația imediată a prezentării la consult, aspect important mai ales ca definire a episodului actual acut survenit pe o suferință cronică sau periodică.

Situațiile clinice sînt extrem de variate ; într-o proporție apreciabilă de cazuri icterul este foarte scurt și ca atare nu poate cuprinde toate aceste elemente.

În mod obișnuit principalele simptome întîlnite în abdomenul acut sînt : durerea, fenomenele dispeptice, modificările tranzitului intestinal și manifestări de ordin general.

Durerea extrem de violentă ca intensitate, apărută brusc în plină stare de sănătate aparentă sugerează :

— fie perforația în peritoneu a unui organ cavitar, de exemplu durerea „ca o lovitură de pumnal" în epigastru, caracteristică ulcerului perforat ;

— fie un accident vascular acut abdominal, de exemplu infarctul intestinal.

Colica biliară sau colica renală pot avea uneori debut brusc, fără a atinge însă intensitatea durerii din situațiile amintite mai sus și fără a se asocia cu același răsunet sever asupra stării generale.

Variante clinice posibile : durerea care debutează relativ rapid și cu o intensitate moderată inițial, dar se intensifică net într-un interval de timp scurt, poate sugera pancreatita acută, tromboza vaselor mezenterice, sau o strangulare intestinală ;

— durerea cu debut gradat și cu evoluție progresivă este în general caracteristică proceselor inflamatorii septice intraperitoneale cum ar fi apendicita acută sau diverticulita. În aceste situații există de obicei o durere surdă, rău definită, localizată nu într-un punct ci într-o zonă fără limite precise pe care bolnavul o arată cu degetele sau cu toată mîna, nu cu un singur deget ;

— uneori bolnavul nu descrie de fapt o durere tipică bine definită, ci mai curînd o senzație de plenitudine, de balonare cu disconfort, ușurată pentru un timp prin eliminarea de gaze și materii fecale. Acest tablou sugerează de asemenea un proces inflamator septic intraperitoneal — cel mai des o apendicită acută. Evacuarea intestinului este de obicei încetinită în atari situații ;

— durerile intermitente cu caracter de crampe pot fi expresia „sindromului de luptă" din ocluziile pe intestinul subțire dar alteori pot fi provocate de o pancreatită acută sau de o gastroenterită acută ; diferențierea se realizează prin analiza simptomelor.

Răspunsul durerii la medicație poate da unele orientări etiologice :

— în leziunile vasculare majore (infarct intestinal masiv, ruptura de anevrism aortic) durerea se menține sfîșietoare indiferent de analgeticele administrate ;

— colicile biliare sau renale necomplicate sînt de obicei liniștite relativ rapid de analgetice și antispastice uzuale ;

— în alte afecțiuni acute cum ar fi pancreatita, peritonita, apendicita acută, durerea poate fi ameliorată doar parțial și trecător de aceeași medicație uzuală.

Scanned with OKEN Scanner

Atenție: Bănuiala de abdomen acut contraindică prescrierea de opiacee, care pot estompa manifestările clinice și îngreuna astfel diagnosticul.

Iradierea durerii sau schimbarea localizării sale oferă de multe ori informații specifice, elemente clinice utile pentru conturarea mai precisă a diagnosticului :

— durerea abdominală iradiată în umăr sau / și supraclavicular este de obicei expresia iritării peritoneului cupolelor diafragmatice de către aer, conținut digestiv sau sînge ;

— dacă există periviscerită supramezocolică, direcția de fuzare a revărsatului patologic, respectiv iradierea durerii, evoluează atipic, înșelător ;

— colica biliară are iradieri tipice către omoplatul și umărul drept, dar nu arareori iradierea poate fi și epigastrică sau chiar spre hipocondrul stîng dacă se asociază o reacție pancreatică ;

— apendicita acută debutează deseori cu durere surdă epigastrică cu caracter de plenitudine neplăcută, însoțită de greață, abia ulterior apărînd durerea „tipică" din fosa iliacă dreaptă ;

— în ulcerul perforat debutul dureros violent epigastric poate fi urmat de „coborîrea" durerii către fosa iliacă dreaptă, pe măsura difuziunii conținutului bilioduodenal în firida parietocolică respectivă. Uneori în momentul examinării acuzele din zona apendiculară domină tabloul clinic, ducînd la confuzie cu apendicita acută ;

— în pancreatita acută durerea are maximum de intensitate în epigastru și hipocondrul stîng, cu iradieri în direcții extrem de variate în abdomen dar uneori și spre torace, putînd mima o criză anginoasă.

Sub aspect evolutiv, durerea localizată net inițial, apoi crescută ca intensitate și difuzată în tot abdomenul, sugerează constituirea unei peritonite acute generalizate.

Fenomenele dispeptice : anorexie, grețuri, vărsături, sînt simptome frecvent întîlnite în afecțiunile abdominale acute. Analiza lor poate fi de mare ajutor în orientarea diagnosticului, iar *absența lor nu îndepărtează ideea de abdomen acut dacă alte elemente clinice (durerea, datele palpatorii) sprijină acest diagnostic.*

Raportul în timp între fenomenele dispeptice și debutul durerii poate fi semnificativ :

— dacă ele precedă durerea ne putem gîndi de exemplu la o gastroenterită acută ;

— dacă succedă durerii pot fi expresia unui proces inflamator acut intraperitoneal.

Aceste considerații nu au o valoare categorică.

În cele mai multe urgențe abdominale chirurgicale grețurile și vărsăturile sînt prezente, fără a constitui elementul dominant în tabloul clinic. Cînd intensitatea acestora este însă foarte mare, ipotezele de diagnostic se îndreaptă spre următoarele cîteva afecțiuni : gastroenterita acută, pancreatita acută, ocluzia intestinală, unele forme de apendicită acută.

Modificările tranzitului intestinal. Tranzitul intestinal poate suferi modificări diferite în raport cu natura procesului patologic abdominal acut.

Scanned with OKEN Scanner

Oprirea completă a tranzitului pentru materii fecale și gaze, asociată cu vărsături, dureri și distensie abdominală certifică diagnosticul de ocluzie intestinală.

Oprirea trecătoare a tranzitului în subocluzia prin obstacol intermitent sau parțial se asociază de obicei cu colici și balonare abdominală localizată, fenomene care cedează spontan sau după evacuarea de materii și gaze — uneori sub formă de debaclu.

Încetinirea tranzitului apare de obicei în inflamația septică a peritoneului, fie localizată ca în apendicita acută, fie generalizată ca în peritonita difuză, fără a ajunge însă la aspectul tipic de ocluzie mecanică.

Diareea poate apărea uneori în apendicita acută (mai ales pelvină) și în peritonitele hipertoxice.

Diareea sanguinolentă la un bolnav cu dureri abdominale violente instalate brusc sugerează existența unui infarct intestinal. Bănuiala este întărită de contextul clinic favorabil acestui accident :

— bolnav tînăr cu stenoză mitrală ;
— vîrstnic cu fibrilație atrială ;
— vîrstnic cu semne de ateroscleroză sistemică avansată.

Manifestări de ordin general

Febra poate fi întîlnită în orice formă de abdomen acut chirurgical, fără a atinge în general valori ridicate la debut. În apendicita acută sau în colecistita acută de exemplu ascensiunea termică inițială este în jur de 38°, dinamica ulterioară a curbei febrile depinzînd de evoluția procesului inflamator spre rezoluție sau spre agravare.

La femei febra înaltă însoțită de dureri pelvine sugerează o pelviperitonită de cauză genitală ; situație în care fenomenele dispeptice și modificările stării generale sînt mai puțin accentuate ca în procesele inflamatorii digestive.

Frisoanele asociate ascensiunii termice trebuie interpretate în contextul celorlalte elemente clinice și anamnestice, care pot sugera : infecție urinară, angiocolită (mai ales dacă există și icter), evoluția către gangrenă a unui proces inflamator acut apendicular sau colecistic. *Frisonul este expresia directă a bacteriemiei și ca atare are o semnificație alarmantă în evoluția oricărui proces inflamator intraperitoneal*, marcînd caracterul de urgență chirurgicală al cazului respectiv.

b. Examenul obiectiv

Pentru a fi util ca informație, examenul obiectiv al oricărui bolnav trebuie să fie complet, incluzînd toate aparatele și sistemele, cu insistență asupra acelor zone în care presupunem că se petrece procesul patologic.

Bănuiala de abdomen acut impune un anumit sistem de examinare ale cărui repere principale sînt :

— inspecția abdomenului ;
— determinarea sensibilității la tuse ;
— căutarea sensibilității la palpare, a apărării sau contracturii musculare, a altor semne de iritație peritoneală ;

Scanned with OKEN Scanner

— căutarea unei eventuale mase tumorale și definirea caracterelor acesteia ;

— percuția, pentru depistarea pneumoperitoneului sau a unui eventual revărsat lichidian peritoneal ;

— auscultația abdominală ;

— efectuarea unor manevre speciale pentru localizarea unui presupus proces inflamator acut ;

— examenul zonelor herniare precum și al burselor scrotale la bărbați ;

— tușeele pelvine — vaginal și rectal.

Inspecția ne informează în primul rînd asupra *aspectului general și atitudinii bolnavului*, ale căror modificări sînt de multe ori sugestive pentru natura afecțiunii, de exemplu :

— bolnav imobil și anxios în peritonita acută difuză ;

— alternanță de perioade de liniște relativă și perioade de suferință evidentă în ocluzia intestinală ;

— moderată agitație și facies congestiv în pancreatita acută, uneori stare confuzională ;

— semne de deshidratare severă în peritonitele și ocluziile neglijate ;

— agitație permanentă cu schimbarea continuă a poziției, în colica renoureterală.

Apoi *inspecția abdomenului* urmărește depistarea eventualelor *cicatrice operatorii* (bolnavul va fi chestionat asupra intervențiilor pe care le-a suferit !) precum și a posibilelor *modificări ale formei, volumului și mobilității peretelui.*

Informațiile obținute contribuie la orientarea diagnosticului prin caracterul specific al unor modificări față de normal.

Abdomenul poate fi :

— destins simetric sau asimetric și uneori cu unde peristaltice vizibile, în ocluzia intestinală ;

— contractat, eventual excavat și cu reliefurile musculare vizibile, imobil cu mișcările respiratorii, în iritația peritoneală acută provocată de perforația unui viscer cavitar ;

— cu mobilitatea păstrată dar cu reținere antalgică în special într-o anumită zonă către care bolnavul are tendința de a duce o mînă sau ambele, parcă pentru a imobiliza aria respectivă intens dureroasă la orice mișcare a trunchiului, la respirația amplă sau la tuse ; aspect întîlnit în procesele inflamatorii acute localizate : apendicită, colecistită.

Dacă durerea provocată de mișcarea peretelui abdominal nu este evidentă o căutăm spunînd bolnavului să respire amplu, să tușească sau să „umfle" abdomenul, arătînd apoi zona în care resimte durere. De cele mai multe ori acesta va localiza precis senzația neplăcută, uneori arătînd cu un singur deget zona în care se petrece procesul inflamator, alteori cu degetele reunite sau cu întreaga mînă, în raport cu difuziunea inflamației.

Palparea este de importanță decisivă pentru confirmarea bănuielii de abdomen acut.

Scanned with OKEN Scanner

Atenție : Se începe examinarea la distanță de zona în care sînt localizate acuzele, apropierea de aceasta realizîndu-se progresiv, cu blîndețe, pe măsură ce bolnavul se acomodează și depășește teama resimțită inițial.

Este important de clarificat dacă durerii spontane îi corespunde o durere provocată prin palpare. Explorarea sistematică, apăsînd blînd, cu un singur deget, este o tehnică de multe ori utilă pentru localizarea ariei de sensibilitate, atunci cînd aceasta are o suprafață redusă — de exemplu în apendicita acută la debut.

Dacă bolnavul acuză durere pe o arie mai largă, se examinează cu degetele mîinii reunite, stabilind *întinderea zonei de sensibilitate* :

— corespunzătoare proiecției parietale a unui organ (colecist, apendic, pancreas) ;

— interesînd difuz abdomenul (peritonită generalizată).

Diferențierea durerii de cauză viscerală de durerea parietală se realizează punînd bolnavul să contracte peretele abdominal. Sensibilitatea la palpare persistă dacă durerea este de cauză parietală și diminuează dacă procesul patologic este visceral.

Următoarea etapă o constituie *căutarea apărării sau contracturii musculare,* prin apăsare blîndă, progresivă, a peretelui abdominal, cu vîrful degetelor reunite. În acest timp se recomandă bolnavului să execute respirații ample, rare și i se distrage atenția prin întrebări care să nu fie legate de suferința abdominală.

Constatări : — peretele muscular nu opune rezistență palpării dacă *nu există iritație peritoneală subiacentă.* Contractura voluntară a mușchilor cedează în cursul respirațiilor ample sau prin devierea atenției bolnavului de la manevrele examinatorului printr-o discuție abil condusă :

— dacă *există iritație peritoneală,* peretele muscular este rezistent, dînd senzația că „se apără", „se opune", deprimării prin palpare — moment în care bolnavul acuză și accentuarea durerii.

În *iritația peritoneală difuză severă* (din perforația ulceroasă de exemplu) mușchii peretelui abdominal sînt permanent contractați, imobili cu respirația și nedepresibili la palpare, dînd senzația de „abdomen de lemn"

— cînd nu există apărare musculară evidentă dar *bănuim existența unei iritații peritoneale,* este utilă manevra de decompresiune bruscă după palparea blîndă, progresivă, profundă, care să nu provoace o reacție de apărare.

Cînd există iritație peritoneală inflamatorie, în momentul decompresiunii bruște bolnavul acuză local durere vie, de durată scurtă (semnul Blumberg).

Diferitele date obținute prin palpare trebuie corelate pentru orientarea diagnosticului :

— sensibilitatea difuză la palpare, neînsoțită de apărare musculară, poate fi expresia unei gastroenterite sau a unui alt proces inflamator intraintestinal, fără peritonită ;

— durerea localizată, fără semne de iritație peritoneală, este caracteristică pentru o colică biliară sau renală ;

Scanned with OKEN Scanner

— în pancreatita acută bolnavul acuză dureri de o intensitate extremă în etajul abdominal superior, dar de obicei nu întîlnim apărare musculară ;
— în ocluzia intestinală, mai ales în cea prin strangulare, intensitatea durerilor este mare dar fără asocierea în etapa inițială a iritației peritoneale. Aceasta survine după apariția peritonitei prin necroză intestinală.

Prezența semnelor de iritație peritoneală situează întotdeauna bolnavul în categoria urgențelor chirurgicale imediate, impunînd evacuarea rapidă la spital.

Un alt obiectiv al palpării este depistarea *unor eventuale mase tumorale*, interpretate apoi în contextul celorlalte date clinice :

Exemple : — perceperea unei tumori pe cadrul colic la palparea abdomenului, sau în pelvis prin tușeu vaginal și rectal, poate oferi explicația unui sindrom ocluziv sau poate sugera o peritonită fie prin perforație tumorală necrotică, fie prin perforație colică, secundară distensiei deasupra obstacolului (perforație diastatică) ;

— o tumoră cu caractere inflamatorii (sensibilitate la palpare, limite neprecise, semne generale de însoțire ca febra și frisoanele) trebuie interpretată în raport cu topografia sa și cu restul datelor anamnestice și clinice. Acest aspect poate fi întîlnit în : colecistita acută, apendicita acută, cu peritonită plastică localizată (plastron), cancerele colice cu inflamație septică peritumorală și în patologia septică anexială la femei.

Percuția aduce uneori date utile prin *confirmarea iritației peritoneale*. Durerile provocate de această manevră sînt cunoscute sub denumirea de „semnul clopoțelului" (Mandel).

Mai importantă este însă *căutarea semnelor de revărsat gazos intraperitoneal (pneumoperitoneu)* atunci cînd bănuim perforația unui organ cavitar. În mod obișnuit diagnosticul de pneumoperitoneu se sprijină pe dispariția matității hepatice la percuție. Acest fenomen poate fi însă provocat și de distenția gazoasă amplă a anselor intestinale, insinuate între ficat și diafragm. În caz de dubiu este util să căutăm timpanismul pe linia axilară medie la cel puțin 5 cm de marginea rebordului costal drept, cu bolnavul așezat în decubit lateral stîng.

Aspectul timpanismului în ocluzia intestinală — localizat sau difuz, centroabdominal sau periferic — poate sugera sediul obstacolului ; oricum însă în ocluzia intestinală urgența evacuării primează asupra stabilirii unui diagnostic lezional complet.

În peritonitele și ocluziile neglijate putem percepe la percuție *existența unei matități declive deplasabile* — lichidul de reacție peritoneală, element agravant al prognosticului.

Auscultația oferă mari date suplimentare pentru conturarea diagnosticului, prin analiza zgomotelor intestinale.

În *ocluzia intestinală* se percep intermitent zgomote provocate de lupta intestinului împotriva obstacolului și de deplasarea consecutivă a conținutului gazos și lichidian intraluminal. Aceste zgomote sînt mai intense decît cele determinate de peristaltica normală, coincid în general cu durerile colicative acuzate de bolnav și pot avea tonalități diferite — mai înalte în ocluzia pe intestinul subțire și mai grave în ocluzia pe colon.

Scanned with OKEN Scanner

Uneori și în *pancreatita acută* se produce intermitent o peristaltică vie a anselor subțiri dilatate din vecinătatea focarului inflamator pancreatic cu zgomote asemănătoare celor din ocluzie.

În *gastroenterită sau în puseele colitice inflamatorii* zgomotele intestinale pot fi accentuate fără a fi însă sincrone întotdeauna cu crizele dureroase.

Absența zgomotelor peristaltice poate avea semnificație, dar pentru a o certifica este nevoie de a asculta abdomenul, neîntrerupt timp de 3—5 minute.

Absența totală a zgomotelor peristaltice este sugestivă pentru diagnosticul de peritonită generalizată, în special dacă se asociază și alte semne evocatoare : apărarea sau contractura musculară, distensia, alterarea stării generale. *Prezența zgomotelor peristaltice nu infirmă bănuiala de peritonită dacă celalalte semne clinice sînt categorice.*

c. Manevre speciale

În afară de gesturile folosite pentru a depista existența unei iritații peritoneale, există o serie de manevre particulare pentru localizarea mai precisă a unui proces inflamator abdominal.

Manevra Murphy : se comandă bolnavului să execute o respirație amplă în timp ce examinatorul apasă blînd peretele abdominal sub rebordul costal drept, în aria de proiecție a fundului veziculei biliare. Dacă există un proces inflamator vezicular bolnavul va resimți o durere vie, care îl va obliga să întrerupă inspirul.

Semnul percuției : o lovitură ușoară cu vîrful degetelor pe rebordul costal este resimțită dureros de către bolnav dacă există un proces inflamator visceral subiacent, vezicular sau hepatic.

Semnul psoasului se caută punînd bolnavul să ridice membrul pelvin întins, în timp ce examinatorul comprimă blînd dar profund fosa iliacă de aceeași parte. Manevra este dureroasă cînd există un proces inflamator al psoasului sau în vecinătatea acestui mușchi, de exemplu o apendicită acută.

Semnul obturator : coapsa bolnavului, flectată la 90° pe bazin, și cu genunchiul în flexie de 90°, este rotată blînd intern și extern. Manevra poate fi dureroasă în prezența unei hernii obturatorii strangulate.

Examenul zonelor herniare este obligatoriu, în special dacă există semne de ocluzie intestinală. O tumefacție herniară devenită brusc nereductibilă, dureroasă, în tensiune, fără impulsiune și expansiune la tuse, impune diagnosticul de hernie strangulată. Aceleași modificări pot apărea la nivelul unei zone de eventrație postoperatorie, în mod obișnuit reductibilă și devenită brusc nereductibilă și dureroasă.

Tușeul vaginal și tușeul rectal sînt obligatorii. Ele pot uneori furniza explicația unei ocluzii intestinale joase, punînd în evidență o tumoră pelviabdominală de origine genitală sau un neoplasm rectal.

În peritonita generalizată, în pelviperitonită sau în hemoragiile intraperitoneale, fundul de sac Douglas este bombat și dureros (strigătul Douglasului).

Scanned with OKEN Scanner

La bărbați trebuie efectuat și examenul burselor scrotale pentru a defini starea testiculelor și a cordonului spermatic. Examenul este util pentru diagnosticul diferențial al herniilor inghinoscrotale strangulate și pentru căutarea unei eventuale orhiepididimite acute, în care iradierea posibilă ascendentă a durerii poate mima o suferință abdominală — de exemplu o apendicită acută.

1.2. INGESTIA DE SUBSTANȚE CAUSTICE

Ingestia de substanțe caustice se produce fie voluntar în scop de suicid, fie mai frecvent în mod accidental :

— în prima eventualitate este vorba de obicei de persoane tinere cu dezechilibru psihic, care traversează o perioadă depresivă acută ;

— în cea de a doua eventualitate ingestia accidentală a causticului se datorează grabei și neglijenței victimelor adulte, uneori în stare de ebrietate.

Alteori este vorba de copii nesupravegheați care ingeră întîmplător causticul depozitat în locuri accesibile, neasigurate. Accidentul este mai frecvent în mediul rural.

Consecințe imediate

Ingestia de acizi sau baze concentrate se soldează cu o suferință acută imediată caracterizată prin dureri vii orofaringiene, restrosternale și epigastrice, cu posibile iradieri posterioare interscapulovertebral, disfagie severă, sialoree, uneori vărsături.

Sînt posibile în această etapă complicații grave precoce : edem laringian, bronhopneumonie, hemoragii masive din mucoasa esofagiană sau gastrică, perforația esofagului cu mediastinită, perforația stomacului cu peritonită.

Intervalul „liber"

Dacă victima depășește cu bine perioada posibilelor complicații imediate, urmează de obicei o acalmie trecătoare, înșelătoare, timp în care leziunile determinate de caustic evoluează lent către cicatrizare.

Tardiv

În absența unui control riguros și a unui tratament adecvat condus de un specialist, rezultatul final al cicatrizării va fi stenoza esofagiană sau/și cea gastrică. Astfel va apărea tardiv o patologie ce poate impune o rezolvare chirurgicală laborioasă.

Prevenirea complicațiilor se realizează printr-un prim ajutor corect aplicat cît mai precoce după producerea accidentului.

Scanned with OKEN Scanner

Primul ajutor

Printr-o *anamneză* rapidă, cu întrebări precise adresate bolnavului, dacă este apt să facă relatări coerente, sau persoanelor care au descoperit victima, se obțin informații cu privire la natura causticului (acid sau bază), concentrația sa, cantitatea ingerată, timpul scurs de la ingestie.

Examenul obiectiv poate evidenția :

— pe plan general semnele unei stări de șoc ;

— la inspecția buzelor și orofaringelui putem observa leziuni produse de caustic.

Interdicție : Sînt total prescrise spălătura gastrică sau provocarea de vărsături pentru că aceste manevre pot agrava leziunile primare, fie prin efectul mecanic al sondei folosite, fie prin evacuarea retrogradă a causticului.

Recomandări : Dacă surprindem bolnavul în primele minute după accident și există posibilitatea de a recunoaște natura substanței ingerate, se poate tenta neutralizarea acesteia :

— pentru acizi se folosesc soluții alcaline slab concentrate : lapte, sau apă cu cîteva albușuri de ou ;

— pentru baze se folosesc soluții acide slabe : oțel diluat, sucuri de citrice.

Atenție : Cea mai mică bănuială cu privire la posibila existență a unei perforații esofagiene sau gastrice (semne de mediastinită sau de peritonită) interzice însă cu desăvîrșire administrarea orală a oricărei substanțe. Oricum, *în toate cazurile se va suprima ingestia de alimente.*

Analgetice. Pentru ușurarea durerilor se administrează analgetice uzuale și antispastice. Opiaceele trebuie evitate întrucît pot estompa tabloul clinic, îngreunînd interpretarea ulterioară a simptomatologiei.

Protecție antiinfecțioasă. Dacă este posibilă o leziune severă, cu perforarea peretelui esofagian sau gastric, este utilă începerea precoce a antibioterapiei parenterală cu spectru larg (penicilină 2 000 000 u plus Kanamicină 1 g).

Reechilibrare : Cînd există semne de dezechilibru hemodinamic sau stare de șoc evidentă trebuie instituită o perfuzie intravenoasă pentru aport volemic, cu ser fiziologic sau soluție glucozată, pînă cînd bolnavul ajunge într-o unitate chirurgicală.

Evacuare : Paralel cu acordarea primului ajutor, trebuie luate măsuri de organizare a transportului de urgență al victimei, sub supravegherea unui cadru medical, la cea mai apropiată secție de chirurgie dotată cu posibilități de terapie intensivă.

1.3. HEMORAGIA DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ

Abordare prudentă. Hemoragia digestivă superioară trebuie considerată o urgență chirurgicală indiferent de amploarea sa aparentă inițială. Chiar și sîngerările apreciate la debut ca mici sau medii se pot agrava rapid, uneori brutal. Deși multe din hemoragiile digestive nu impun operație imediată iar unele pot fi rezolvate pentru moment prin

Scanned with OKEN Scanner

tratament medical, caracterul imprevizibil al evoluției face necesară internarea acestor bolnavi în servicii de chirurgie cu posibilități de intervenție în urgență și de terapie intensivă.

Etiologie

Cauzele cele mai frecvente ale hemoragiei digestive superioare sînt : ulcerul duodenal, ulcerul gastric, hipertensiunea portală cu varice esofagiene secundare, gastroduodenita hemoragică prin iritație medicamentoasă sau etanolică, neoplasmul gastric.

Gravitate

Factorii care conturează caracterul de urgență și determină atitudinea terapeutică sînt : cantitatea de sînge pierdut și ritmul pierderii — parametri care se pot modifica în intervale scurte de timp, în special în sensul agravării hemoragiei și precipitării decompensării hemodinamice.

Nu aparțin acestui capitol sîngerările oculte și persistente de diferite cauze, traduse clinic prin anemie „cronică".

Expresia clinică majoră a hemoragiei digestive superioare o constituie eliminarea sîngelui pe cale retrogradă prin vărsătură (hematemeza) sau pe cale joasă, prin materiile fecale (melenă).

Hematemeza

Hematemeza fie cu sînge roșu proaspăt fie cu sînge parțial digerat, negru, cu aspect de zaț de cafea, indică drept sursă a sîngerării o leziune situată proximal de unghiul duodenojejunal — cel mai des pe esofag sau stomac, uneori pe duoden.

Prezența hematemezei denotă că sîngerarea este amplă și rapidă, mai ales dacă se elimină *sînge roșu proaspăt și cheaguri*. Bolnavii din această categorie necesită frecvent intervenție de urgență.

Aspectul de zaț de cafea sugerează o hemoragie de amploare mai mică sau în ritm mai lent ; sîngele stagnează suficient în stomac pentru ca sub acțiunea acidului clorhidric hemoglobina să se transforme în methemoglobină.

Erori posibile. Înainte de a stabili diagnosticul de hematemeză este necesar să verificăm printr-un examen atent :

— dacă produsul eliminat este într-adevăr sînge ;
— dacă sursa sîngerării nu este extradigestivă ;
— căile aeriene superioare (epistaxis refulat retrograd de exemplu) ;
— bronhopulmonar (hemopatizie).

Melena

Melena constă în eliminarea sîngelui parțial digerat prin materiile fecale. De cele mai multe ori *la debut* bolnavul are un scaun imperios, abundent, păstos sau semilichid, foarte fetid și de coloratie neagră ca

Scanned with OKEN Scanner

păcura. Sursa hemoragiei în atari situații se poate găsi oriunde pe tractul digestiv, de la esofag pînă la rect.

Asocierea hematemeză-melenă indică localizarea înaltă a sursei de sîngerare.

Coloraţia neagră specifică scaunelor melenice este determinată de hematină, produsul de oxidare al hemului sub acţiunea enzimelor intestinale şi bacteriene. Aspectul melenic al fecalelor poate fi dat chiar şi de sîngerări reduse : 50—100 ml de sînge în stomac sînt suficienţi pentru producerea melenei. Sîngerările intragastrice abundente sînt urmate de repetate scaune melenice, chiar dacă hemoragia se opreşte sub tratament medical sau se rezolvă prin intervenţie, pînă cînd se evacuează tot sîngele din intestin.

De exemplu dacă la nivelul stomacului se pierde 1 litru de sînge melena persistă 3—5 zile după oprirea sîngerării.

Cînd scaunele melenice sînt frecvente, abundente, de aspect predominant lichid şi cu coloraţie virînd spre brun-roşietic, înseamnă că sîngerarea este amplă şi rapidă.

Erori posibile. Unele medicamente — de exemplu cele care conţin bismut — şi unele alimente pot da materiilor fecale un aspect asemănător melenei.

Hematochezia

Hematochezia este eliminarea pe cale rectală de sînge roşu-proaspăt. Leziunea sîngerîndă este de obicei localizată pe colon, rect, sau în canalul anal. Totuşi şi în hemoragiile cu origine superioară poate apărea acest simptom, dacă sîngerarea este foarte amplă şi rapidă sau dacă dintr-un motiv oarecare tranzitul intestinal este accelerat, situaţii în care pasajul sîngelui este rapid şi ca atare nu se mai produce degradarea sa şi modificarea aspectului.

Atitudine : De la primul contact cu bolnavul trebuie efectuată o *anamneză* rapidă şi precisă pentru aprecierea cauzei posibile a sîngerării :

— uneori pacientul se ştie purtător al unei leziuni susceptibile de a determina hemoragia digestivă : ulcer, ciroză hepatică ;

— alteori accidentul survine brutal, în plină sănătate, fără antecedente sau semne premonitorii semnificative. Discuţia cu bolnavul va căuta să evidenţieze totuşi eventuale manifestări de esofagită peptică, ulcer gastric sau duodenal, hepatită cronică sau ciroză, etilism cronic sau abuz acut recent etanolic, sindrom hemoragipar sugestiv pentru tulburări de coagulare, ingestie recentă de aspirină sau de alte droguri reputate ca provocînd sîngerări digestive.

Examenul fizic abdominal nu oferă de obicei informaţii utile cu excepţia bolnavilor cirotici la care aspectul clinic este deseori caracteristic, sau a celor cu tumoră gastrică palpabilă.

Mai importantă este *aprecierea stării generale a bolnavului şi repercursiunilor hemodinamice ale sîngerării.* Paloarea intensă, senzaţia de sete, lipotimie sau tendinţa la lipotimie, sugerează o sîngerare masivă. Tensiunea arterială poate fi iniţial normală sau uşor crescută, ca

Scanned with OKEN Scanner

reacție de apărare a sistemului vascular la hipovolemie. Scăderea tensiunii arteriale are semnificație de gravitate imediată. Frecvența pulsului este întotdeauna crescută proporțional cu amploarea hemoragiei.

Semn de alarmă : Accelerarea pulsului și tendința la scăderea tensiunii arteriale cînd bolnavul încearcă să treacă din clinostatism în ortostatism denotă o pierdere mare de sînge, cu risc iminent de decompensare hemodinamică și colaps.

Atenție : La bolnavii vîrstnici cu ateroscleroză sistemică, scăderea rapidă a volemiei și dezechilibrul hemodinamic consecutiv pot precipita apariția unor accidente ischemice coronariene sau cerebrale.

În etapa primului ajutor medical, odată cu organizarea transportului cît mai operativ al bolnavului la spital, se pot întreprinde cîteva manevre utile :

— menținerea bolnavului în clinostatism ;

— administrarea de hemostatice parenteral ;

— instituirea unei perfuzii intravenoase cu soluții cristaloide sterile pentru substituire volemică ;

— dacă există condițiile necesare se administrează oxigen ;

— se introduce o sondă nasoesogastrică pentru evacuarea conținutului sanguinolent din stomac și se fac spălături cu apă bicarbonată rece.

Primează urgența evacuării ! !

1.4. ULCERUL PERFORAT

Prin dramatismul tabloului clinic și severitatea evoluției ulcerul perforat constituie o urgență chirurgicală majoră, tipică.

Istoric

— perforația se poate produce la un bolnav cu ulcer cunoscut, aflat eventual într-un puseu evolutiv dureros ;

— alteori semnele perforației apar într-o stare de aparentă sănătate deplină, putînd constitui prima manifestare a unui ulcer care nu fusese sesizat de bolnav, sau fiind expresia unui ulcer acut determinat de o stare de stres sever sau de ingestia unor medicamente ulcerogene (de exemplu antiinflamatorii).

Semne clinice

Perforația apare de obicei după cîteva ore de la ultima ingestie alimentară. Rareori este precedată de grețuri și vărsături.

Semnul dominant : durerea. Debutul este acut, brutal, putînd fi situat în timp cu precizie. Bolnavul acuză brusc o durere violentă ca o lovitură de pumnal în epigastru, pe linia mediană sau paramedian drept, uneori juxtaombilical.

Scanned with OKEN Scanner

Evoluția durerii: În scurt timp durerea iradiază spre hemiabdomenul drept și apoi devine difuză. Uneori durerea iradiază și spre umeri, mai ales în dreapta, semn al iritației diafragmului de către conținutul digestiv revărsat în peritoneu. Dacă spațiul subhepatic este blocat prin aderențe durerea poate iradia în umărul stîng.

Reacția clinică violentă inițială este consecința puternicei iritații a peritoneului provocată de sucul gastric acid, de bilă și de enzimele pancreatice conținute în lichidul ce se revarsă în marea cavitate peritoneală. Exsudatul peritoneal produs consecutiv iritației chimice diluează parțial substanțele iritante ceea ce poate duce uneori în primele ore la ameliorarea parțială și trecătoare a durerilor abdominale. Apoi datorită infectării peritoneului cu germeni din lumenul digestiv se dezvoltă o peritonită septică generalizată, cu evoluție gravă.

Aspect general. Bolnavul este anxios, cu facies intens suferind, cu respirații frecvente și superficiale. Cînd se deplasează, umblă cu pași mici, susținîndu-și abdomenul cu mîinile. În decubit stă cu genunchii flectați, imobil, evitînd orice mișcare pentru că aceasta îi accentuează durerile. Temperatura este inițial normală.

Abdomenul — palparea. Peretele abdominal este permanent contractat, rigid, fără a participa la mișcările respiratorii, fără a se lăsa deprimat la palpare, care accentuează net durerea.

Percuția. Aerul revărsat din lumenul digestiv în peritoneu se insinuează între ficat și peretele abdominal ; la percuție matitatea hepatică este dispărută ca expresie a pneumoperitoneului. Cu cît trece mai mult timp de la producerea perforației în peritoneu pătrunde tot mai mult aer, ceea ce face ca abdomenul să prezinte un timpanism difuz.

Auscultația. Zgomotele peristaltice sînt reduse sau absente ca expresie a parezei intestinale secundare iritației peritoneale. Tranzitul intestinal este încetinit sau absent în același context cauzal.

Aspect tardiv. Dacă bolnavul este examinat după 12—24 ore de la producerea perforației tabloul clinic este de peritonită neglijată cu stare de șoc toxicoseptic : febră, tahicardie, hipotensiune, polipnee superficială, facies intoxicat cu semne de deshidratare, oligurie sau anurie, abdomen destins, timpanic, cu sensibilitate difuză la palpare.

Forme atipice. Uneori tabloul clinic nu este atît de dramatic, întrucît perforația este acoperită rapid de viscerele învecinate.

Blocarea revărsatului digestiv în spațiul subhepatic limitează simptomatologia la cadranul abdominal superior drept, pretînd la confuzia cu colecistita acută.

Alteori, din perforațiile de mici dimensiuni, o cantitate redusă de lichid iritant se prelinge prin firida parietocolică dreaptă spre regiunea cecoapendiculară. Simptimele pot avea maximum de intensitate în cadranul abdominal inferior drept, simulînd o apendicită acută — afecțiune în care nu arareori debutul durerii este epigastric, ca și în perforația ulceroasă.

Violența durerilor inițiale poate crea impresia unei pancreatite acute.

Alteori distensia abdominală și încetinirea sau abolirea tranzitului pot sugera diagnosticul de subocluzie sau ocluzie.

Scanned with OKEN Scanner

Rareori acoperirea perforației se realizează foarte rapid. În atari situații durerea violentă inițială poate diminua net ca intensitate și nu este urmată de constituirea tabloului clinic al peritonitei generalizate. Crica dureroasă respectivă este interpretată de obicei ca expresia unui puseu evolutiv ulceros.

Atitudine

Semnele clinice de ulcer perforat impun trimiterea bolnavului de urgență la cea mai apropiată unitate chirurgicală. Afecțiunile cu care se poate confunda perforația ulceroasă, amintite mai sus, justifică oricum internarea de urgență.

Măsuri de prim ajutor. Pînă la evacuarea bolnavului se *suprimă orice ingestie orală* și se vor administra parenteral *analgetice uzuale. Opiaceele sînt contraindicate* întrucît prin posibila modificare a tabloului clinic pot îngreuna stabilirea diagnosticului în spital. Este util să se introducă o sondă nasogastrică pentru aspirarea conținutului din stomac și diminuarea revărsării sale în peritoneu. Dacă se poate asigura rapid transportul bolnavului la spital nu este necesară începerea antibioterapiei.

În situațiile în care din motive obiective este imposibilă evacuarea operativă a bolnavului în mediu chirurgical, pe lîngă suprimarea ingestiei orale și calmarea durerilor se impun obligatoriu aspirația continuă pe sondă a conținutului gastric și administrarea parenterală a unei asocieri de antibiotice care să asigure o acțiune antimicrobiană cu spectru larg (penicilină 12 000 000 u și Kanamicină 1 g pentru 24 ore.

1.5. COLECISTITA ACUTĂ

Cauze

Colecistita acută este aproape în totalitatea cazurilor consecința obstrucției cisticului sau a joncțiunii infundibulocistice printr-un calcul inclavat. Distensia bruscă a veziculei și apoi inflamația pereților săi constituie substratul manifestărilor clinice.

Istoric

De cele mai multe ori colecistita acută este precedată de o *suferință îndelungată de tip dispeptic biliar :* intoleranță la grăsimi, digestie dificilă, grețuri, eructații, flatulență, balonări postprandiale, gust amar. Pe acest fond se suprapun la intervale neregulate *colici biliare* care cedează spontan sau la administrarea de antispastice. Alteori bolnavul nu sesizează o suferință biliară semnificativă, episodul acut survenind într-o stare aparentă de sănătate deplină. Factorul declanșator îl constituie de regulă ingestia de alimente colecistokinetice.

Scanned with OKEN Scanner

Clinică

Simptomul dominant este *durerea intensă, continuă, în cadrul abdominal superior drept*, cu iradiere obișnuită în hemicentură precum și spre omoplatul și umărul drept. Mai rar durerea poate iradia spre hipocondrul stîng, alteori difuz în abdomen.

Toleranța digestivă este scăzută la cei mai mulți bolnavi datorită asocierii greturilor și vărsăturilor, deși acestea nu sînt de obicei severe ca frecvență și intensitate. *Temperatura* se situează în jur de 38°C, fără asociații ample.

Atenție : Ascensiunea termică severă precedată de frisoane sugerează fie evoluția procesului inflamator spre gangrena peretelui vezicular, fie o eroare de diagnostic, cauza suferinței nefiind veziculară (pneumopatie bazală dreaptă, colică renală dreaptă complicată cu infecție).

Obiectiv

La *examenul fizic* se constată sensibilitate dureroasă în cadranul abdominal superior drept, sub rebordul costal, uneori cu tendință la apărare musculară ca expresie a iritației peritoneale pericolecistice. *Manevra Murphy* produce accentuarea netă a durerii. La cel puțin o treime din bolnavi colecistul destins este palpabil ca o tumoră piriformă bine delimitată, situată imediat sub marginea anteroinferioară a ficatului, urmînd mișcările acestuia în timpul respirației. La cei cu obezitate morbidă sau cu dispoziție anatomică profundă a colecistului, acesta nu se palpează chiar dacă este mult destins.

Evoluție

Dacă procesul inflamator vezicular evoluează către supurație pot apărea semne locale nete de iritație peritoneală, însoțite și de manifestări generale corespunzătoare : frisoane, febră de tip septic cu oscilații mari și alterarea stării generale.

Uneori marele epiploon coafează vezicula destinsă în tendința de a izola procesul inflamator. Se realizează astfel un bloc pseudótumoral subhepatic, voluminos, rău delimitat, dureros spontan și la palpare : plastronul pericolecistic.

Diagnosticul diferențial

Aduce în discuție suferințe acute abdominale care pot avea un tablou clinic asemănător : ulcer perforat și acoperit, pancreatită acută, apendicită acută cu sediu înalt subhepatic, tumoră de colon drept cu supurație peritumorală, hepatită acută, precum și stări patologice extradigestive, cum ar fi pneumonia bazală dreaptă, suferințe renoureterale de aceeași parte, infarct miocardic posterior.

Scanned with OKEN Scanner

Evoluția colecistitei acute este imprevizibilă — de la rezoluție rapidă sub antispastice și antibiotice pînă la complicații severe cum sînt peritonita prin perforația peretelui vezicular, abcesele hepatice, septicemia.

Caracterul imprevizibil al evoluției impune internarea în spital a oricărui bolnav cu colecistită acută. Semnele de gravitate care conferă cazului caracter de urgență sînt :

— frisoanele și febra de tip septic ;

— intensitatea violentă a durerii ca semn de necroză a peretelui vezicular ;

— difuziunea semnelor de iritație peritoneală ;

— asocierea icterului cu semn de afectare a căii biliare principale ;

— asocierea de semne clinice sugestive pentru pancreatita acută.

Prim ajutor

Pînă la realizarea internării se ușurează durerile cu analgetice uzuale și antispastice și se aplică o pungă cu gheață pe hipocondrul drept ; se suprimă alimentația iar dacă bolnavul este febril se administrează antitermice. Decizia asupra antibioterapiei va fi stabilită în spital.

1.6. LITIAZA CĂII BILIARE PRINCIPALE

Durerea de tip biliar, cu intensitate mare și cu durată prelungită, sugerează :

— fie o colecistită acută ;

— fie migrarea unor calculi veziculari în calea biliară principală.

Aspectul clinic diferă net de colica biliară simplă, care cedează de obicei spontan sau după administrarea de antispastice, fără a evolua ca o afecțiune cu perspectivă chirurgicală imediată.

Litiaza coledociană este de cele mai multe ori secundară litiazei veziculare, rareori este „autohtonă" în condiții particulare. Ea reprezintă deci în mod obișnuit o complicație mecanică a acesteia, prin migrarea unuia sau mai multor calculi transcistic.

Consecințe : prezența calculilor în calea biliară principală crează riscul unor complicații grave :

— pancreatită acută ;

— icter obstructiv ;

— angiocolită cu evoluție posibilă spre abcese hepatice ;

— septicemie ;

— insuficiență hepatorenală.

Uneori calculii coledocieni sînt bine tolerați vreme îndelungată (mai ales la vîrstnici), complicațiile acute putînd însă izbucni oricînd, asemeni erupției unui vulcan care păruse inactiv (I. Juvara).

Scanned with OKEN Scanner

Simptomatologie, forme clinice

Aspectul clinic al litiazei coledociene poate varia de la formele asimptomatice, oculte, descoperite necroptic, pînă la tabloul dramatic al obstrucției coledociene acute, cu angiocolită severă și insuficiență hepatorenală. Manifestcrile clinice depind de gradul obstrucției biliare și de asocierea angiocolitei.

a. **Forma clinică obișnuită, cu tablou complet, este caracterizată de trei simptome : durerea, icterul și febra, constituind triada lui Chauffard.**

Durerea este de două tipuri :

— colica intensă inițială, care marchează migrarea calculilor veziculari în calea biliară principală ;

— durerea qvasi-continuă, mai puțin intensă, din „perioada de stare" a litiazei coledociene constituite.

Colica inițială de migrare apare de obicei pe fondul unei suferințe biliare îndelungate, cu sindrom dispeptic caracteristic și cu repetate crize dureroase veziculare, însă fără semne de participare coledociană. În acest context survine la un moment dat o colică mai intensă, mai prelungită, cu răspuns mai ales la medicația antispastică. Criza dureroasă este urmată de cele mai multe ori de instalarea semnelor de obstrucție colediciahă : icterul și angiocolita.

Atenție : Uneori episodul de migrare calculoasă nu este precedat de alte crize dureroase semnificative, fiind aparent prima manifestare a litiazei.

Durerile caracteristice pentru litiaza coledociană constituită se deosebesc de colica de migrare :

— intensitatea este mai redusă (fără ca aceasta să fie o regulă absolută), cu un aspect de jenă sau de greutate dureroasă în cadrul abdominal superior drept ;

— crizele apar în general la cîteva ore postprandial ;

— durerea poate iradia posterior și spre dreapta, către omoplat și umăr, alteori în partea superioară a epigastrului sau dorsomedian, spre coloană ;

— cînd se asociază o suferință pancreatică, durerii de tip biliar i se adaugă iradierea către stînga „în bară".

Factor de eroare : Intensitatea durerii variază foarte mult de la un bolnav la altul — de la criza de o violență extremă, mimînd abdomenul acut, la senzația de jenă dureroasă discretă în hipocondrul drept. Există și cazuri de calculoză coledociană fără dureri, mai ales la vîrstnici.

Icterul :

— apare de obicei după criza dureroasă, la 24—48 ore, succesiune caracteristică pentru obstrucția litiazică a coledocului ;

— intensitatea sa, în general moderată, este în funcție de gradul obstrucției calculoase a căii biliare principale ;

— pot interveni ca factori de influențare asociați : spasmul oddian, pancreatita și angiocolita.

În consecință manifestările clinice sînt foarte diferite : de la subiectul discret, greu de sesizat, pînă la icterul intens și continuu al celor cu obstrucție completă a coledocului, sugerînd un neoplasm de căi bili-

Scanned with OKEN Scanner

are. Există și cazuri anicterice, cu manifestări dureroase sau angiocolitice izolate.

Icterul prin obstrucție litiazică a coledocului este de regulă variabil în timp cu intensitate. Caracterul său ondulant este determinat de modificarea factorilor asociați care influențează gradul obstrucției :

— cedarea spasmului, a infecției, mobilizarea calculilor, eventual eliminarea lor transpapilară în duoden, pot duce la diminuarea și chiar dispariția icterului ;

— dimpotrivă, inclavarea calculilor în coledocul distal sau la nivelul papilei, angiocolita, accentuarea spasmului oddian sau dezvoltarea unei pancreatite provoacă accentuarea retenției biliare.

Deși majoritatea bolnavilor sînt de obicei anicterici între crize, la unii poate persista un subicter discret, uneori greu de sesizat, și interpretat de multe ori ca semn al unei hepatopatii medicale.

Persistența coloratiei în timp este variabilă, de la subicterul pasager durînd 24—48 ore după colica biliară, pînă la icterul „cronic" al formelor cu evoluție prelungită.

Caracterul obstructiv al icterului este semnat clinic de :

— hipercromia urinilor ;

— decolorarea materiilor fecale ;

— asocierea pruritului, uneori foarte intens, determinînd leziuni de grataj pe tegumente ;

Atenție : Pruritul apare după instalarea icterului litiazic, în vreme ce icterul obstructiv neoplazic este de obicei precedat de prurit.

Polimorfismul clinic al icterului din litiaza coledociană îngreunează de multe ori diagnosticul, mai ales în formele cu tablou incomplet :

— în cazurile de inclavare joasă a unor calculi, icterul poate fi intens și prelungit, sugerînd etiologia neoplazică ;

— alteori repetarea unor episoade de icter trecător, moderat, sau mici variații ale unui fond icteric permanent, pot fi interpretate ca exprimînd puseele evolutive ale unei hepatite cronice agresive.

Febra, expresie a angiocolitei :

— apare în mod obișnuit la sfîrșitul crizei dureroase sau la cîteva ore după aceasta ;

— aproape întotdeauna este precedată de un frison prelungit, intens, uneori violent, însoțit de cefalee ;

— accesul febril este de scurtă durată, cu creșterea rapidă a temperaturii pînă la 39°, urmat apoi de scădere la valori normale în scurt timp ;

— tabloul clinic este asemănător cu crizele febrile din infecțiile urinare sau din malarie, putînd preta la confuzii în cazurile la care durerile de tip biliar și icterul nu au un aspect tipic.

Crizele de angiocolită duc de regulă la accentuarea icterului prin asocierea suferinței hepatocelulare. În formele hiperseptice poate apărea tabloul clinic al șocului toxicoseptic cu insuficiență hepatorenală.

Important : Prin oscilațiile termice ample și rapide angiocolita secundară litiazei coledociene se diferențiază de colecistita acută necomplicată, în care febra are oscilații mai puțin ample și uneori prezintă o curbă „în platou".

Eroare posibilă : Uneori litiaza căii biliare principale nu se însoțește de crize tipice de angiocolită ci de febră moderată, în jur de 38°,

Scanned with OKEN Scanner

sau de subfebrilitate persistentă. Prezența frisoanelor, de intensitate și durată reduse, dar repetate, întărește în aceste cazuri bănuiala de angiocolită.

b. **Forma dureroasă,** rar întîlnită, se caracterizează prin colici biliare apărute de obicei postprandial, aparent neînsoțite de icter și angiocolită ;

— durerile nu ating intensitatea colicilor veziculare tipice, fiind vorba de cele mai multe ori de un disconfort dureros ;

— localizarea durerii este oarecum mai difuză în cadranul abdominal superior drept ;

— iradierea durerii poate să nu aibă treacătul obișnuit în colica biliară, ci spre epigastru, hipocondrul stîng sau dorsomedian.

Atenție : În această formă aparent pur dureroasă, putem depista printr-o anamneză insistentă asocierea altor semne de litiază coledociană :

— mici frisoane care însoțesc sau urmează crizele fără a determina o creștere semnificativă a temperaturii ;

— după criza dureroasă urinile devin pentru scurt timp hipercrome ;

— la un examen clinic atent se poate depista o tentă subicterică a sclerelor.

c. **Forma icterică** este întîlnită relativ mai frecvent. Elementele care contribuie la conturarea diagnosticului sînt :

— icter ;

— urini hipercrome ;

— scaune decolorate păstoase ;

— prurit a cărui intensitate este corelată cu gradul retenției biliare ;

— caracterul variabil al acestora ;

— stare generală bună.

Atenție :

— absența sau nerecunoașterea altor simptome sugestive pentru litiaza coledociană poate crea confuzia cu hepatita cronică evolutivă sau ciroza hepatică ;

— în cazurile de icter constant sau progresiv determinat de obstrucția calculoasă completă a coledocului este posibilă confuzia cu neoplasmul de pancreas. Lipsesc însă semnele generale de impregnare neoplazică ;

— în forma icterică pură a litiazei coledociene o anamneză insistentă poate depista semne sugestive pentru diagnostic. Astfel putem reconstitui deseori din trecutul îndepărtat al bolnavului prezența colicilor biliare repetate sau a unor episoade de colecistită acută.

d. **Forma angiocolitică anicterică** se caracterizează prin episoade febrile care se succed la intervale neregulate, de săptămîni sau luni, fără a se însoți de crize dureroase sau de icter. *Accesul de angiocolită* este de obicei de scurtă durată, sub formă de frison violent, febră, cefalee, urmat de transpirații abundente după care totul reintră în normal.

Asemănarea cu crizele malarice justifică denumirea de „pseudopalustră" sub care definim această formă clinică (I. Juvara). Forma angiocolitică anicterică este mai frecventă la vîrstnici.

Scanned with OKEN Scanner

Crizele febrile sînt deseori puse pe seama infecției urinare, confuzie sprijinită de faptul că la vîrste înaintate urocultura poate fi pozitivă din multe cauze.

Sindromul dureros, ca și retenția biliară, sînt în mod obișnuit absente.

Atenție :

— în trecutul îndepărtat al bolnavului, uneori în urmă cu zeci de ani, poate fi depistată anamnestic o suferință de tip biliar, cu colici repetate sau chiar episoade de colecistită acută.

Crizele angiocolitice din forma pseudopalustră pot fi urmate rareori de un discret subicter pasager sau numai de hipercromie urinară, elemente ce pot rămîne nesesizate de bolnav :

— evoluția acestei forme este imprevizibilă, uneori cu revenire spontană la normal, alteori cu răsunet general sever, cu colaps toxicoseptic aparent inexplicabil.

e. **Forma supraacută a litiazei coledociene este dominată de prezența și de gravitatea angiocolitei :**

— de multe ori se prezintă cu întreaga simptomatologie descrisă clasic : colică coledociană, icter și angiocolită, a cărei evoluție trece pe primul plan ;

— alteori însă constituie o modalitate evolutivă particulară, deosebit de gravă, a formei angiocolitice „pure" ;

— datorită dezechilibrului dintre virulența germenilor și rezistența organismului, infecția biliară evoluează supraacut ;

— semnele de suferință hepatocelulară inerente oricărei angiocolite se agravează rapid, iar răspunsul la tratament intensiv este precar.

În contextul stării de șoc toxicoseptic apare de regulă insuficiența hepatorenală gravă cu icter sever, tulburări neuropsihice și oligoanurie (angiocolita icterouremigenă Caroli).

f. **Litiaza postoperatorie a căii biliare principale** se poate prezenta sub formele clinice discutate anterior. *Particularitatea sa este constituită de prezența în antecedentele bolnavului a unei sau a mai multor intervenții adresate căilor biliare :* colecistetocmie pentru colecistită calculoasă, coledocolitotomie.

Atitudine : Bănuiala de litiază coledociană face necesară, chiar în absența unor manifestări acute, internarea bolnavului pentru clarificarea diagnosticului și stabilirea conduitei terapeutice.

Formele cu manifestări acute impun internarea de urgență în cea mai apropiată unitate chirurgicală, dat fiind caracterul imprevizibil al evoluției, uneori cu agravare foarte rapidă.

Măsuri inițiale : Pînă la internare se vor administra ca tratament simptomatic analgetice și antispastice uzuale, la nevoie și antitermice. Asupra indicației de antibioterapie se va hotărî în spital. În situația în care din motive obiective se temporizează internarea se va începe administrarea de antibiotice cu spectru larg pe cale parenterală (penicilină 8 000 000 u/zi, ampicilină 3—4 g/zi) asociat cu Metronidazol 2 g/zi pe cale orală dacă toleranța digestivă este păstrată sau 4 g/zi în supozitoare dacă nu este utilizabilă calea orală.

Scanned with OKEN Scanner

1.7. PANCREATITA ACUTĂ

Definiție

Proces inflamator acut nebacterian al glandei pancreatice, declanșat de eliberarea interstițială, intraglandulară, și apoi activarea enzimelor proprii, fenomen soldat cu autodigestia și necroza pancreasului și a țesuturilor înconjurătoare.

Factori de risc

Majoritatea pancreatitelor acute apar la bolnavii cu litiază biliară, la alcoolici și la cei cu hiperlipidemie.

Factor declanșator

De cele mai multe ori cauza determinantă directă este un abuz alimentar — masă copioasă, bogată în grăsimi, ingestie masivă de alcool.

Cauze mai rare de pancreatită acută sînt :

— traumatismele abdominale ;

— hiperparatiroidismul ;

— anumite medicamente cum ar fi cortizonul, anticoncepționalele, diureticele tiazidice și tetraciclinele ;

— unele infecții virotice ;

— înțepăturile veninoase de scorpion ;

— la aproximativ 15% din bolnavi cauza pancreatitei rămîne necunoscută.

Leziunile pancreatice și ale țesuturilor învecinate variază de la edem și congestie pînă la necroză intensă și hemoragie, cu fuzee de expansiune la distanță în spațiul retroperitoneal.

Atenție : Indiferent de cauză și de gravitatea inițială a leziunilor pancreatice acută este o urgență majoră și cu evoluție imprevizibilă, justificînd evacuarea imediată a bolnavului la cea mai apropiată unitate chirurgicală, chiar dacă diagnosticul este incert.

Tabloul clinic

— este dominat de durerea epigastrică violentă, atroce, iradiată posterior spre coloana vertebrală și lateral către hipocondru, predominent spre stînga. Durerea este permanentă, intensitatea și persistența ei putînd duce alături de alți factori hemodinamici și umorali specifici pancreatitei acute la instalarea stării de șoc.

Sindromul digestiv

— grețuri și vărsături abundente, cu intoleranță digestivă completă. Vărsăturile nu ușurează durerea epigastrică. Tranzitul intestinal poate fi încetinit sau absent ;

Scanned with OKEN Scanner

— temperatura este normală sau ușor crescută ;

— toxemia enzimatică specifică pancreatitei acute poate induce apariția unor *tulburări psihice* variind de la o discretă stare confuzională pînă la delir acut. De regulă bolnavul este agitat, anxios ;

— tensiunea arterială se menține inițial normală sau este ușor crescută.

Cazuri extreme

În formele severe și în funcție de timpul scurs de la debut, apar semne de deshidratare și hipovolemie cu tahicardie, tendință la scăderea tensiunii arteriale, oligurie sau chiar anurie.

Examen obiectiv

Abdomenul este de obicei destins, meteorizat, fără zgomote intestinale, cu sensibilitate difuză la palpare predominent în epigastru și fără apărare sau contractură musculară — aparent discordant față de violența durerii acuzate de bolnav.

Specific : în epigastru și spre hipocondrul stîng se poate palpa de multe ori o împăstare profundă, rău delimitată, dureroasă, corespunzătoare pancreasului inflamat și hipertrofiat. Palparea este deseori dificilă datorită obezității, prezentă frecvent în contextul clinic al pancreatitei acute.

Semne specifice dar mai rare : În pancreatita necrotico-hemoragică, fuzeele de expansiune retroperitoneală cu lichid hemoragic pot ajunge la distanțe mari, exteriorizîndu-se ca zone echimotice pe flancuri sau periombilical.

Semne toracice : Examenul toracelui evidențiază uneori semne de revărsat lichidian pleural — în special pe partea stîngă.

Confuzii posibile

Diagnosticul nu este întotdeauna ușor de stabilit, fiind posibilă confuzia cu colecistita acută, ulcerul perforat sau în criză de penetrație, infarctul miocardic sau cel mezenteric, ocluzie intestinală.

Atitudine

Oricum toate aceste afecțiuni sînt urgențe majore și justifică internarea imediată în spital.

Paralel cu organizarea evacuării bolnavului la spital trebuie instituite cîteva *măsuri de asistență primară :*

— se suprimă orice ingestie orală și se introduce o sondă nasogastrică (Einhorn, tub de perfuzie). Sonda gastrică nu va fi lăsată la drenaj pasiv ci va fi aspirată activ cu seringa. Evacuînd conținutul

Scanned with OKEN Scanner

gastric reducem stimularea secreţiilor pancreatice şi totodată suprimăm vărsăturile, uşurînd suferinţa bolnavului ;

— dacă există condiţii de instalare a unei perfuzii endovenoase vom începe administrarea de ser fiziologic pentru compensare, măcar parţială, a pierderilor hidrice, care sînt de la început severe ;

— intensitatea durerilor impune *administrarea de analgetice uzuale* sau de tipul pentazocinei (Fortral). *Opiaceele trebuie evitate, întrucît produc spasm al sfincterului Oddi* — cu posibile implicaţii nefavorabile în evoluţia pancreatitei ;

— nu este necesară începerea antibioterapiei la nivelul dispensarului.

Pentru *diminuarea stimulului nervos al secreţiei pancreatice* se poate administra ca anticolinergic scobutil compus o fiolă de 5 ml intravenos. Atropina poate fi utilizată în doză de 0,50 mg subcutanat, dar cu multă atenţie pentru că supradozajul are efecte secundare neplăcute — tahicardie, tulburări de vedere, fotofobie.

Atenţie : Dacă apar semne clinice de hipocalcemie severă se administrează intravenos lent o fiolă de 10 ml gluconat de calciu sau clorură de calciu (aceasta strict intravenos !).

Deşi prognosticul pancreatitei acute rămîne incert în etapa iniţială, instituirea precoce a măsurilor de asistenţă primară amintite şi evacuarea rapidă a bolnavului în spital pentru tratament complex şi supraveghere, cresc şansele de evoluţie favorabilă.

1.8. OCLUZIA INTESTINALĂ

Sindromul de ocluzie intestinală are ca element principal oprirea tranzitului intestinal pentru gaze şi materii fecale, însoţită de dureri abdominale, vărsături şi meteorism.

Confruntarea cu acest tablou clinic impune un raţionament de diagnostic eşalonat în trei etape :

— recunoaşterea ocluziei intestinale ;

— aprecierea tipului şi sediului ocluziei ;

— dacă este posibil aprecierea cauzei ocluziei.

Primul deziderat este de importanţă extremă pentru că diagnosticul de ocluzie impune evacuarea de urgenţă a bolnavului la cea mai apropiată secţie de chirurgie. Celelalte sînt relativ facultative la nivelul dispensarului, ele putînd interveni doar în nuanţarea caracterului de urgenţă al cazului şi a primelor măsuri de ajutor medical. Din acest punct de vedere *diferenţierea ocluziei dinamice prin paralizia musculaturii intestinale, de cea mecanică prin obstacol efectiv în tranzit, se impune din primele momente ale contactului cu bolnavul.* În cea de a doua situaţie intervenţia operatorie este necesară uneori cu caracter de urgenţă imediată.

Scanned with OKEN Scanner

Examenul clinic

1. **Acuzele bolnavului sînt :**

— dureri abdominale ;
— vărsături ;
— oprirea tranzitului pentru gaze și materii fecale.

a. *Debutul durerii* este de obicei :
— acut în ocluziile prin strangulare și ;
— progresiv în cele prin obstrucție.

Intensitatea sa este variabilă, dar în general pe un fond dureros permanent survin dureri colicative sub formă de crampe.

Colicile sînt expresia luptei intestinului împotriva obstacolului și se asociază de regulă cu senzație de balonare abdominală localizată.

Durerea parcurge în timpul crizelor succesive un același traiect abdominal și se oprește într-un punct fix, corespunzător sediului obstacolului.

Dacă contracția intestinală reușește să evacueze parțial conținutul hidro-gazos stazic dincolo de obstacol, durerea și balonarea diminuă pentru un timp — fenomenul acesta se însoțește de zgomote hidro-aerice.

În ocluziile vechi, neglijate, durerea scade ca intensitate și devine difuză.

b. *Vărsăturile,* totdeauna prezente, sînt variabile ca moment al apariției după tipul ocluziei :

— în ocluziile înalte apar precoce și sînt bilioalimentare, apoi capătă rapid un aspect de conținut intestinal ;

— în strangulări pot apărea inițial vărsături reflexe bilio-alimentare urmate apoi de cele cu conținut intestinal tipice ocluziei ;

— cînd obstacolul este jos situat, pe colon sau rect, vărsăturile apar tardiv pe fondul unei distensii progresive a abdomenului și au aspect de conținut intestinal.

c. *Oprirea tranzitului intestinal pentru gaze și materii fecale* se instalează odată cu durerile abdominale și vărsăturile.

Atenție : Uneori după constituirea ocluziei bolnavul mai poate avea una — două evacuări de materii fecale din segmentele digestive subiacente obstacolului, dar oprirea evacuării gazelor este completă și cu semnificație mai mare pentru stabilirea diagnosticului.

2. **Examenul obiectiv**

Inspecție : se constată distensia abdomenului — meteorism cu caracter localizat sau generalizat în raport cu tipul de ocluzie. Pe fondul permanent de distensie putem observa, în special la bolnavii slabi, mișcările peristaltice „de luptă" ale intestinului, îndreptate către sediul obstacolului. Peristaltica poate fi provocată prin percuții ușoare pe peretele abdominal.

Scanned with OKEN Scanner

Apariția undelor peristaltice coincide cu crampele dureroase și senzația de blocare localizată resimțite de bolnav. Locul în care se termină peristaltica și în care durerea este maximă ca intensitate ne orientează cu privire la localizarea obstacolului ocluziv.

Eroare posibilă : În ocluziile vechi, neglijate, nu mai apar unde peristaltice vizibile. Acestea lipsesc și în ocluziile dinamice.

Prin inspecție apreciem și prezența semnelor generale de deshidratare întîlnite în ocluziile neglijate : ochii înfundați în orbite, pliuri cutanate persistente, limba uscată.

Palparea oferă senzația de rezistență elastică a peretelui abdominal, fără apărarea musculară sau contractura caracteristice peritonitelor. Uneori se poate evidenția o zonă dureroasă cu arie restrînsă, cu sensibilitate permanentă, sugestivă pentru localizarea obstacolului cluziv.

Palparea trebuie să cuprindă obligatoriu pe lîngă întreaga suprafață a abdomenului, toate zonele herniare. La bolnavii cu intervenții chirurgicale abdominale în antecedente se impune examinarea atentă a cicatricelor operatorii.

Atenție : Herniile și eventrațiile, uneori chiar de dimensiuni mici, pot fi cauza ocluziei intestinale prin strangularea intestinului conținut în sacul herniar. Orice hernie sau eventrație care devine brusc nereductibilă, dureroasă, în tensiune, impune diagnosticul de strangulare a conținutului sacului și constituie o urgență chirurgicală, chiar dacă nu se asociază pe moment semne de ocluzie intestinală.

Percuție : constatăm hipersonoritate timpanică, localizată sau generalizată, în raport cu tipul de ocluzie. Uneori cînd în ansele destinse se acumulează cantități mari de lichid de stază, zonele hipersonore pot alterna cu zone mate. În ocluziile neglijate apariția unui lichid de reacție în peritoneu poate da matitate declivă deplasabilă — greu de sesizat cîteodată datorită distensiei gazoase intestinale.

Ansele subțiri destinse dau la percuție sunete cu ton relativ ascuțit, în vreme ce colonul destins avînd calibru mai mare oferă sunete mai joase.

Ascultație : abdomenul se prezintă silențios în ocluziile dinamice, paralitice, iar în cele mecanice se percep zgomote hidroaerice intestinale. Acestea se intensifică odată cu mișcările peristaltice percepute de bolnav sub formă de colici. În ocluziile mecanice vechi, neglijate, epuizarea intestinului poate duce la dispariția zgomotelor peristaltice.

Alte manevre : Tușeul rectal poate fi lipsit de semnificație atunci cînd colonul și rectul subiacente obstacolului mai conțin materii fecale. Totuși deseori intestinul distal de obstacol a fost evacuat complet, iar ampula rectală este goală. Prezențe de sînge proaspăt sau modificat în rect poate sugera cancerul de colon distal drept cauză a ocluziei. Cancerele rectale joase sau tumorile extrarectale (cancer uterin sau prostatic) extinse, cu invazie sau compresiune rectală, pot fi cu ușurință depistate la tușeu.

Examenul genital la femei poate pune în evidență o tumoră aparținînd uterului sau ovarului, posibilă cauză de ocluzie în raport cu volumul său și cu gradul de invazie locoregională.

Scanned with OKEN Scanner

Paraclinic : Dacă dispunem de posibilitatea de a efectua un *examen radiologic* de urgență putem obține date suplimentare pentru diagnosticul ocluziei.

Radiografia abdominală simplă trebuie efectuată în ortostatism, sau din profil în poziție de decubit dorsal la cei cu stare generală foarte precară. *Aspectul tipic* este de distensie gazoasă a anselor intestinale, cu niveluri de lichid — imagini hidroaerice.

Imaginile diferă după localizarea obstacolului, respectiv după segmentul intestinal destins :

— ocluzia pe intestinul subțire dă imagini hidroaerice multiple, de dimensiuni în general mici ;

— în ocluzia pe colon aspectele de distensie gazoasă cu nivel de lichid sînt mai puține la număr, dar de dimensiuni mai mari.

Atenție : Diagnosticul de ocluzie intestinală impune evacuarea urgentă a bolnavului la spital și ca atare limitează posibilitățile de aprofundare a raționamentului clinic în etapa de abordare primară a bolnavului.

Dintre variatele aspecte clinice ale ocluziei intestinale trebuie bine cunoscute — și mai ales recunoscute rapid — cele în care internarea în spital se impune cu foarte mare operativitate.

Astfel sînt :

— herniile și eventrațiile strangulate ;

— toate ocluziile acute cu dureri violente, trezind bănuiala de suferință vasculară intestinală ;

— ocluziile înalte de orice cauză (deshidratare rapidă, cu răsunet general sever) ;

— orice ocluzie veche, neglijată, cu deshidratare severă.

Pînă la asigurarea transportului bolnavului la eșalonul sanitar adecvat trebuie luate cîteva *măsuri de asistență primară :*

— se va suprima alimentația orală și se va introduce o sondă de aspirație nasogastrică pentru a elimina disconfortul creat de vărsăturile repetate și pentru a reduce distensia abdominală, evacuînd conținutul de stază din stomac și intestinul supraiacent obstacolului ;

— utilitatea clismei este discutabilă în condițiile absenței unui diagnostic de certitudine și a unei supravegheri chirurgicale ;

— dacă bolnavul prezintă semne de deshidratare severă și avem condiții de instalare a unei perfuzii intravenoase este utilă instituirea unei perfuzii cu ser fiziologic sau ser glucozat ; menținută și pe timpul transportului la spital ;

— cînd bolnavul acuză dureri intense se va face apel la analgetice uzuale și nu la opiacee al căror efect asupra manifestărilor clinice poate îngreuna interpretarea semnelor abdominale și stabilirea diagnosticului.

Important : Măsurile terapeutice primare amintite mai sus nu trebuie să se soldeze cu întîrzierea evacuării bolnavului, ele trebuie privite ca un adjectiv pentru timpul (redus la minimum !) scurs pînă la internare.

Scanned with OKEN Scanner

1.9. APENDICITA ACUTĂ

Apendicita acută este o afecțiune frecventă, cu manifestări clinice în general bine sistematizate și de cele mai multe ori ușor de recunoscut. Totuși în funcție de topografia apendicelui și de modalitățile evolutive ale procesului inflamator uneori tabloul clinic poate fi atipic, greu de recunoscut.

Aspectul clinic obișnuit

Debutul este relativ insidios, cu senzație de disconfort în etajul abdominal superior, anorexie, greață, fenomene apreciate de bolnav ca expresie a unei „indigestii". Apoi apare o durere epigastrică modestă ca intensitate dar persistentă, continuă, cu intensificări periodice sub formă de crampe, însoțite de vărsături. După cîteva ore senzația de disconfort abdominal difuz, de plenitudine neplăcută, se conturează mai precis ca o durere netă în cadranul inferior drept, intensificată la mers, la mișcare, la tuse. Durerea iradiază uneori spre coapsă.

Pacientul are senzația că este constipat, balonat : tranzitul intestinal este într-adevăr încetinit atît pentru materiile fecale cît și pentru gaze.

Frecvent există subfebrilitate, „stare de rău" general și ușoară tahicardie.

Examenul obiectiv

Demonstrează durere vie la palpare în „zona apendiculară", apărare musculară sau chiar contractură locală și dispariția refluxului cutanat abdominal regional. Durerea de decompresiune bruscă (semnul Blumberg) este caracteristică pentru apendicita acută cu iritație peritoneală.

Zgomotele peristaltice intestinale pot fi uneori normale, alteori reduse ca frecvență și intensitate, în funcție de amploarea difuziunii peritoneale a procesului septic.

Forme particulare

Apendicita acută retrocecală are un tablou mai puțin zgomotos în special în ceea ce privește semnele de iritație peritoneală, dar sindromul dispeptic este constant. Uneori există sensibilitate la palpare deasupra crestei iliace, în aria de proiecție posterioară a cecului. În această formă anatomoclinică, ca și în apendicita acută pelvină, durerea poate iradia de-a lungul ureterului (uneori există și discretă hematurie) simulînd colica renoureterală dreaptă.

În *apendicita acută pelvină* este posibilă confuzia cu gastroenterita acută, bolnavul acuzînd grețuri și vărsături asociate de multe ori cu diaree și tenesme rectale provocate de iritația colorectală prin vecinătatea cu focarul inflamator.

Scanned with OKEN Scanner

Apendicita acută subhepatică poate mima colecistita acută sau ulcerul perforat și acoperit iar în *localizările mezoceliace*, spre baza mezenterului, predomină pareza intestinală, sugerînd un sindrom ocluziv.

În peritonita plastică localizată de cauză apendiculară (sau *plastronul apendicular*), aspectul clinic este de tumoră inflamatorie voluminoasă în fosa iliacă dreaptă, însoțită de febră și de fenomenele dispeptice obișnuite pentru apendicita acută.

În formele cu evoluție severă a procesului inflamator se produce necroza peretelui și consecutiv perforația apendicelui. Această complicație duce la dezvoltarea unei peritonite ce poate fi inițial localizată, dar aspectul obișnuit este de *peritonită generalizată* — cu semnele tipice ale abdomenului acut.

Inflamația acută a diverticulului Meckel are aspectul clinic al unei apendicite acute sau se poate prezenta de la început ca o peritonită difuză.

Atenție : Uneori, datele clinice sînt înșelătoare în sensul falsei impresii de apendicită acută creată de un alt proces patologic :

— atari confuzii pot apărea la femei în inflamațiile acute anexiale sau în sarcina tubară dreaptă ;

— la indivizii tineri pneumonia bazală dreaptă poate avea semne aparente pseudoapendiculare ;

— colica renoureterală dreaptă, care nu arareori este însoțită de tulburări dispeptice majore, poate fi și ea interpretată ca apendicită acută ;

— în fine limfadenita acută mezenterică, cu polimorfismul său clinic și variabilitatea manifestărilor în timp, poate mima orice formă de abdomen acut, inclusiv de cauză apendiculară.

Important : La indivizii de vîrstă medie sau avansată, la care constatăm manifestări sugestive pentru o criză apendiculară, trebuie insistat în anamneză asupra unor posibile modificări de tranzit intestinal în ultimele luni și asupra unor eventuale semne de impregnare neoplazică. Distensia colonului drept secundară unui neoplasm de transvers sau de colon stîng produce dureri în zona de maximă dilatație colică, și anume la nivelul cecului. Sensibilitatea locală vie la palpare poate crea impresia unei apendicite acute.

Așadar diagnosticul de apendicită acută, aparent simplu, poate fi grevat nu arareori de greșeli de diagnostic fie prin nerecunoașterea suferinței apendiculare fie prin etichetarea unei alte patologii drept „apendicită".

De cele mai multe ori confuziile posibile se îndreaptă însă tot spre afecțiuni acute cu sancțiune chirurgicală imediată sau potențială.

Atitudine : Ori de cîte ori există bănuiala unei colici apendiculare se impune trimiterea de urgență a bolnavului în spital. Riscul evolutiv al unei apendicite acute nerezolvate în timpul util este mai mare decît „păcatul" de a trimite la chirurgie un bolnav cu colică renală sau cu pneumonie bazală dreaptă.

În situații excepționale în care din motive obiective nu poate fi asigurată evacuarea bolnavului în mediu chirurgical, pînă la realizarea acestui deziderat se impun : repaus la pat, regim hidric, pungă cu gheață

Scanned with OKEN Scanner

pe fosa iliacă dreaptă și administrarea parenterală a unei combinații de antibiotice de tip : penicilină 80 000 000μ+Kanamicină 1g+Metronidazol supozitoare 4 g în 24 ore.

1.10. HEMORAGIA DIGESTIVĂ INFERIOARĂ MASIVĂ

Elemente definitorii

Eliminarea de sînge în cantitate mare pe cale rectală își poate avea originea oriunde pe traiectul tubului digestiv : stomac, duoden, intestin subțire, colon. *Localizarea sursei hemoragice în zonele inferioare ale tractului gastrointestinal este sugerată de aspectul proaspăt, de culoare roșu-viu, al sîngelui eliminat.*

Totuși acest element are o valoare relativă întrucît aspectul sîngelui depinde de timpul de stagnare în tubul digestiv.

Factori de eroare

Ulcerul duodenal sîngerînd abundent, în condițiile unui tranzit intestinal accelerat, se poate manifesta prin eliminare rectală de sînge roșu. Alteori o *leziune colică* sîngerează într-un ritm lent și sîngele stagnează relativ mult în colon, eliminîndu-se parțial digerat, cu aspect de melenă, ca în hemoragiile digestive superioare.

Atenție : Lipsa hematemezei asociate melenei nu constituie un argument formal pentru a elimina o hemoragie digestivă superioară : Un argument ce constituie faptul că un sfert din ulcerele duodenale hemoragice se manifestă numai prin melenă, fără hematemeză.

Alte date clinice

O valoare informativă mare o au starea generală a bolnavului și echilibrul său hemodinamic :

— eliminarea rectală de sînge roșu din leziuni colice sau rectale nu este de obicei atît de amplă și rapidă încît să inducă precoce un dezechilibru hemodinamic evident ;

— în schimb hemoragiile digestive superioare care sînt atît de ample și de rapide încît sîngele se elimină prin rect nemodificat, roșu, conduc în scurt timp la semne de anemie acută severă cu paloare intensă, hipotensiune și tahicardie ;

— tumorile colorectale benigne sau maligne nu dau de obicei hemoragii dramatice, ci sîngerări intermitente în cantitate modestă ;

— leziunile colice care pot provoca hemoragii grave sînt : boala diverticulară, angiodisplaziile, rectocolita ulcerohemoragică, colita ischemică ;

— intestinul subțire constituie rareori sursa unei sîngerări acute majore ; aceasta poate fi provocată de diversticulul Meckel, diverticuloza multiplă, angioame ale mucoasei, mai rar de tumori, benigne sau maligne.

Scanned with OKEN Scanner

Manifestările clinice sînt în general evidente și alarmante

Bolnavul elimină în mod repetat prin anus sînge proaspăt, eventual amestecat cu resturi de materii fecale. Dacă acest fenomen nu este evident în momentul examinării, trebuie efectuat un tușeu rectal, care va demonstra prezența de sînge proaspăt în rect și eventual va permite depistarea unei surse joase — de exemplu cancer rectal ulcerat.

Date generale

Sînt obligatorii determinarea tensiunii arteriale și a frecvenței pulsului, ca și căutarea posibilelor semne de hemoragie majoră ; paloare, senzație de sete, amețeli, tendință la lipotimie.

Atitudine

Hemoragia digestivă inferioară masivă este greu de interpretat etiologic și imprevizibilă ca evoluție. Există riscul de a apărea în orice moment o agravare brutală a stării bolnavului,cu șoc hemoragic.

Ca atare în orice situație de acest fel se impune evacuarea de urgență a bolnavului la spital asigurînd transportul în condiții de confort. Se poate începe administrarea de hemostatice.

1.11. ASPECTE DE URGENȚĂ ÎN PATOLOGIA ANALĂ

Tromboza hemoroidală externă

Tromboza hemoroidală externă este provocată de obicei de situații în care se produce o creștere bruscă și intensă a presiunii venoase locale : tuse violentă, strănut, ridicare de greutăți mari, efort puternic de defecație la constipați, naștere. Alteori survine după ce pacientul a menținut vreme îndelungată poziția șezîndă, de exemplu după călătorii lungi cu mașina sau cu trenul.

Context clinic : Tromboza poate apărea la vechi purtători de hemoroizi manifești clinic sau la indivizi care nu avuseseră interior nici o acuză semnificativă legată de zona anorectală. Apariția trombozei hemoroidale externe nu presupune obligatoriu existența de hemoroizi interni. Deseori nici nu există de fapt hemoroizi constituiți, tromboza survenind în realitate pe o venă hemoroidală subcutanată externă a canalului anal.

Manifestări : Bolnavul acuză o tumefacție dureroasă, în tensiune, apărută brusc pe marginea anusului în contextul etiologic amintit, sau uneori fără o cauză aparentă. La inspecție se observă o tumoră sesilă, violacee, cu dimensiuni ce pot varia de la cîțiva milimetri la 2—3 centimetri, situată pe marginea anusului imediat sub tegument. La palpare tumoreta este în tensiune și extrem de dureroasă.

Scanned with OKEN Scanner

Durerea este intensă la debut, apoi scade gradat pe parcursul a cîtorva zile pe măsură ce inflamația și edemul cedează.

De cele mai multe ori evoluția este spontan favorabilă, dar trebuie ajutată printr-un tratament care să ușureze suferința bolnavului și să accelereze retrocedarea inflamației.

Atitudine : Repausul la pat este util pentru a evita traumatismul local produs de fricțiunea feselor în timpul mersului. Dacă bolnavul nu poate păstra repausul la pat, regiunea anală va fi protejată cu cîteva comprese de tifon.

Se efectuează băi calde de șezut de cîteva ori pe zi, cu efect calmant evident. După baie bolnavul își va usca regiunea nu prin ștergere ci prin tamponare cu un prosop moale. Se administreaează analgetice uzuale și sedative.

Trebuie evitată constipația, la nevoie se vor administra laxative blînde.

Nu este necesară administrarea de antibiotice sau de antiinflamatorii pe cale generală. Local se va aplica de cîteva ori pe zi (după spălare sau după băile de șezut) un strat subțire de unguent antiinflamator : Ultralan, Nidoflor, Flumetazon, Fluocinolon.

Evoluția este de regulă rapid favorabilă.

Uneori vena trombozată se ulcerează spre exterior și trombusul se elimină, cu moderată sîngerare. După această evacuare spontană urmează *vindecarea „spontană"* rapidă.

Același efect poate fi obținut evacuînd cheagul printr-o mică incizie făcută cu bisturiul pe apexul tumoretei trombotice. Această manevră nu se poate efectua însă decît în primele ore de la constituirea trombozei, cînd cheagul nu a devenit încă aderent la pereții venei. După acest interval se va aplica tratamentul conservator discutat mai sus.

Tromboza hemoroidală externă nu presupune internarea bolnavului în spital. Este important însă să o diferențiem de *prolapsul hemoroidal intern strangulat* — afecțiune cu evoluție încărcată de riscuri majore.

Aspectul clinic al acestuia este impresionant : bolnavul acuză dureri violente la nivelul anusului, unde la inspecție constatăm o coroană de pachete hemoroidale voluminoase, trombozate, cu edem și congestie intense. Tentativa de reducere este extrem de dureroasă și eșuează datorită spasmului sfincterului anal. Această complicație a hemoroizilor interni are riscuri evolutive majore (necroză, ulcerare, hemoragie) și ca atare impune internarea de urgență în spital. Pe timpul transportului se vor administra bolnavului analgetice și sedative și se va proteja regiunea anală cu un strat gros de comprese de tifon.

Fisura anală

Definiție : Fisura anală este o soluție de continuitate a mucoasei anale, longitudinală, localizată de obicei la comisura posterioară, putîndu-se întinde pe toată lungimea canalului anal sau numai parțial, în zona sa inferioară. Sub zona de întrerupere a mucoasei se află fie fibrele sfincterului intern, fie endoteliul venos atunci cînd apariția fisurii este consecința ulcerării unei tromboze hemoroidale. Modificările inflamatorii juxtafisurare duc la formarea așa-numitului „hemoroid santinelă" la capă-

Scanned with OKEN Scanner

tul extern al fisurii (de fapt o zonă de fibroză cutanată pseudopolipoasă) și la hipertrofia papilei care mărginește fisura spre interior.

Factori de risc pentru apariția fisurii anale sînt : diareea cronică, traumatismul mucoasei, accidental sau iatrogen (în cursul unor explorări sau manevre terapeutice), nașterea, abuzul de laxative, tromboza hemoroidală.

Tabloul clinic este caracteristic : durere cu caracter de arsură, de tensiune sau de sfîșiere la nivelul anusului, apărută la defecație și prelungită mult timp după aceasta, uneori ore în șir. Totodată bolnavul pierde la scaun sînge roșu proaspăt, în cantitate de obicei redusă, rareori relativ abundent. Sîngele nu este amestecat cu materiile fecale ci este situat la suprafața lor.

Evoluție : Senzația de durere anală este însoțită de spasm sfincterian, care îngreunează evacuarea materiilor și duce la constipație. Astfel actul defecației va fi mai traumatizant pentru mucoasa anală ; durerea va fi mai severă, spasmul mai intens. Se intră astfel într-un cerc vicios cu accentuarea suferinței anale și nevrozarea bolnavului, care își reduce alimentația de teama defecației dureroase.

Examen obiectiv. La examenul local se observă „hemoroidul santinelă" la comisura posterioară anală, iar prin deplisarea blîndă a marginilor anusului putem expune porțiunea dinspre exterior a fisurii. Tușeul este de obicei imposibil de efectuat datorită durerii intense și spasmului sfincterian.

Atitudine : Intensitatea suferinței impune tratamentul inițial medical care trebuie început cît mai rapid.

Obiectivul principal este asigurarea unui scaun moale, netraumatizant, prin modificarea adecvată a regimului alimentar și prin laxative. Local se va asigura o igienă perfectă și se vor administra de cîteva ori pe zi în strat subțire pomezi de tipul Neoprenului, la nevoie în amestec cu anestezină dacă durerile sînt foarte intense. Băile calde de șezut au efect calmant asupra durerii și ușurează spasmul sfincterian. Se pot adăuga analgetice uzuale și sedative.

În sindroamele hiperalgice putem obține un efect spectaculos, dar trecător, infiltrînd sub fisură cîțiva ml de xilină sau procaină 1%.

Efectul favorabil al tratamentului medical devine evident uneori abia după cîteva săptămîni, ceea ce implică multă răbdare din partea bolnavului. Dacă după o lună tratamentul medical nu a produs nici o ameliorare, bolnavul trebuie îndrumat spre chirurgie.

Abcesele anale

Definiție : Supurațiile anale își au originea în procese inflamatorii ale criptelor mucoasei, cu evoluție expansivă și sînt determinate de flora patogenă prezentă obișnuit în lumenul rectal.

Tabloul clinic este dominat de tumefacția dureroasă a marginii anusului însoțită de fenomene inflamatorii generale — febră, frisoane, stare de rău.

Forme clinice : *Abcesele cu evoluție superficială* sînt foarte dureroase, în special în timpul mersului sau al șederii pe scaun, dar durerea nu este influențată de actul defecației. Examenul local arată pe marginea

Scanned with OKEN Scanner

anusului o tumefacție cu limite șterse, de mărime variabilă (în marginea cu diametrul de cîțiva centimetri), înconjurată de edem, cu tegumentele congestive și extrem de dureroasă la palpare.

Abcesele profunde au semne exterioare mai șterse dar se caracterizează prin dureri intense la defecație și răsunet sever septic asupra stării generale. Tumefacția inflamatorie poate fi inaparentă la examenul exterior și decelabilă numai prin tușeu rectal.

Evoluție : Abcesele superficiale pot să se evacueze spontan prin fistulizare la tegumente sau pot fi rezolvate pe moment, pentru a ușura suferința bolnavului printr-o incizie în zona de maximă bombare, sub anestezie locală. Totuși uneori caracterul superficial al unui abces anal poate fi înșelător — supurația evoluînd în „buton de cămașe", cu traiect intermediar între un compartiment profund și o colecție superficială.

Supurațiile anale profunde pot avea o evoluție, sau prin fuzee de expansiune în cele mai variate direcții, sau prin diseminări septice la distanță.

Consecințe : Abcesele anale evacuate spontan și cele tratate incomplet chirurgical se soldează cu constituirea de fistule anale.

Atitudine : Pentru a asigura tratamentul adecvat, vindecarea rapidă și lipsa urmărilor neplăcute, abcesele anale trebuie îndrumate de urgență la chirurgie.

Rezolvarea corectă a acestor supurații nu se poate realiza decît prin incizii locale largi sub o anestezie adecvată.

Scanned with OKEN Scanner

2. PATOLOGIA TRAUMATICĂ

2.1. DATE GENERALE PRIVITOARE LA ASISTENȚA PRIMARĂ A TRAUMATIZAȚILOR

„Primum Non nocere !"

Frecvența patologiei traumatice este în continuă creștere ; cu toate măsurile educative și preventive societatea plătește încă un tribut greu accidentelor de cele mai diferite tipuri. Exceptînd rarele situații de mari calamități naturale, traumatismele în condiții de pace au ca factori etiologici obișnuiți accidentele : rutiere cel mai frecvent, apoi cele de muncă, din mediu casnic, montane, sportive și agresiunile. Primele situații menționate pot genera accidente colective, uneori cu număr mare de victime.

O proporție apreciabilă din traumatisme afectează două sau mai multe regiuni ale organismului, realizînd leziuni complexe (biregionale, pluriregionale) care pun probleme dificile de asistență atît la nivelul primului ajutor cît și în ceea ce privește tratamentul intraspitalicesc. Gravitatea prognosticului crește proporțional cu numărul organelor afectate și cu importanța vitală a acestora.

Atenție : Leziunile traumatice, consecutive în mod direct accidentului pot fi agravate — uneori cu risc vital — prin măsuri necorespunzătoare de prim ajutor și de organizare a transportului victimei la spital. Creșterea competenței celor chemați să acorde primul ajutor al traumatizaților poate reduce semnificativ morbiditatea și mortalitatea determinate de accidente.

Comportamentul imediat la locul accidentului

I. **Prudență în aprecieri, evitarea „optimismului" facil**

La primul contact cu victima putem avea impresia că accidentul nu a avut consecințe severe, neexistînd semne evidente de leziuni traumatice majore. Dacă însă mecanismul de producere al traumatismului și forța de impact a agentului vulnerant fac posibilă prezența unor leziuni grave, accidentatul trebuie abordat cu precauțiunile obișnuite pentru orice politraumatism sever.

II. **Siguranță pentru accident și echipa de prim ajutor**

În raport cu condițiile în care s-a produs traumatismul, prima urgență este asigurarea securității victimei prin îndepărtarea de la locul accidentului : carosabilul străzii, vecinătatea cu utilaje în mișcare sau construcții

Scanned with OKEN Scanner

care se pot prăbuși, ambianță naturală periculoasă prin natura reliefului sau prin starea meteorologică. În acest mod se asigură totodată securitatea și condițiile optime de lucru pentru cei ce acordă primul ajutor.

III. **Manipulări minime ale accidentatului**

Mobilizarea neîndemînatică a accidentatului poate agrava leziunile primare, în special la nivelul aparatului locomotor (fracturi și luxații — cu posibile complicații secundare vasculare și nervoase) și toracelui (leziuni pleuropulmonare secundare determinate de coastele fracturate). Ca atare deplasarea trebuie redusă la strictul necesar.

IV. **Evaluarea globală și măsuri de prim ajutor medical**

Evaluarea rapidă inițială a victimei trebuie să precizeze următoarele elemente de importanță vitală :

a. — *prezența și eficiența mișcărilor respiratorii ;* dacă acestea sînt absente sau ineficiente se va controla și asigura libertatea căilor aeriene și se va institui *imediat* respirație artificială ;

b. — *prezența și eficiența activității cardiace ;* absența sau ineficiența acesteia impune imediat începerea mesajului cardiac extern concomitent cu respirația artificială ;

c. — *dacă există sîngerare externă amplă ;* în această situație se execută rapid hemostază provizorie prin compresiune locală sau prin compresiune la distanță — proximal — pe triunchiul arterial aferent zonei lezate. Dacă este posibil, membrul respectiv va fi menținut în poziție ridicată. Aplicarea de garou circular trebuie folosită ca ultimă soluție, numai dacă compresiunea locală sau la distanță, adaptată topografiei leziunii, rămîne ineficientă ;

d. — *dacă există posibilitatea unor leziuni vertebro-medulare ;* în acest caz imobilizarea provizorie trebuie efectuată pe loc, înainte de orice deplasare a accidentului și trebuie să îl cuprindă în mod eficient pe toată înălțimea sa, de la vertex pînă la extremitatea distală a membrelor pelvine ;

e. — *dacă există fracturi ale membrelor :* se va executa imobilizarea provizorie cuprinzînd cel puțin cîte o articulație deasupra și dedesubtul focarului de fractură.

V. **Evacuarea accidentatului la spital**

Odată realizate toate acestea, victima va fi transportată de urgență și în condiții adecvate, sub control medical, la cel mai apropiat spital dotat cu secții de chirurgie și anestezie-terapie intensivă.

Responsabilitatea organizării și realizării acestei activități, pînă la preluarea victimei de către spital, revine celui care acordă primul ajutor.

Stabilirea priorităților de asistență primară și de evacuare în accidentele colective

În situațiile în care s-a produs un accident colectiv trebuie realizată inițial o evaluare sumară și rapidă a tuturor victimelor, pentru a stabili prioritățile de prim ajutor și de evacuare.

a. — *Pe primul loc ca urgență* se situează cei cu leziuni care induc evident un risc vital major și imediat :

— obstrucție a căilor aeriene superioare ;

Scanned with OKEN Scanner

— traumatism toracic grav cu insuficiență respiratorie acută ;
— orice altă stare de asfixiere acută ;
— eviscerații traumatice ;
— plăgi penetrante sau contuzii grave asociate cu semne de șoc hemoragic ;
— amputații traumatice ale extremităților ;
— arsuri întinse, mai ales dacă interesează și extremitatea cefalică.

Acestora trebuie să li se asigure imediat măsuri eficiente de prim ajutor îmbinate cu organizarea concomitentă a transportului operativ și în condiții de confort la cea mai apropiată unitate spitalicească, competentă a rezolva o urgență majoră.

b. — *A doua categorie* o reprezintă accidentații cu leziuni importante, dar fără risc vital imediat ; plăgi, contuzii, fracturi, arsuri, diverse leziuni somatice sau viscerale fără elementele de gravitate amintite mai sus. Aceștia reprezintă majoritatea traumatizaților. Se aplică același plan de evaluare inițială urmat de măsurile necesare de prim ajutor în raport cu specificul cazului și se organizează transportul operativ la spital.

c. — *A treia categorie* este formată din cei cu diverse traumatisme fără gravitate imediată, de exemplu : luxații, fracturi simple necomplicate, contuzii sau plăgi apreciate ca superficiale. Atare situații pot fi însă înșelătoare. Sub aparența liniște clinică poate evolua, mai ales la politraumatizați, o leziune viscerală inițial ocultă, urmată în orice moment de decompensare brutală. Este necesară trimiterea la spital pentru evaluarea clinică și paraclinică, eventual reținere în supraveghere.

Alte măsuri generale de prim ajutor în traumatisme

a. **Hemoragia externă**

Leziunile vasculare ale părților moi extrascheletice se soldează cu hemoragie externă de amploare diferită în raport cu tipul și calibrul vasului lezat.

La nivelul membrelor sîngerarea poate fi de cele mai multe ori stăpînită prin compresiune locală cu un pansament bogat, bine strîns, și ridicarea membrului respectiv. Dacă o hemoragie de origine arterială nu poate fi controlată în acest mod se va exercita compresiune puternică digitală pe trunchiul arterial aferent zonei lezate, proximal, înspre rădăcina membrului :

— în axilă, pe fața anterioară a cotului sau la încheietura pumnului pentru membrul superior ;
— la nivelul arcadei inghinale, în spațiul popliteu, în spatele maleolei interne și pe fața dorsală a piciorului pentru membrul inferior — în funcție de localizarea plăgii.

Rareori și această metodă eșuează, fiind necesară aplicarea unui garou proximal, înspre rădăcina membrului, dar cît mai apropiat de plagă, pentru a reduce masa țesuturilor cu risc de ischemiere. Garoul trebuie strîns strict atît cît este necesar pentru oprirea sîngerării, pentru a nu traumatiza excesiv țesuturile.

Dacă pînă la sosirea victimei în secția de chirurgie vor trece mai mult de 20 de minute, garoul trebuie relaxat periodic pentru a nu se

Scanned with OKEN Scanner

produce leziuni ireparabile vasculare și nervoase. Se va slăbi garoul pentru 1—2 minute la fiecare 15—20 de minute. În eventualitatea că victima este însoțită pe timpul transportului de altă persoană decît cea care a acordat primul ajutor, însoțitorul va fi instruit cu privire la atitudinea față de garou iar asupra bolnavului se va găsi un document bine fixat pe care va fi notată ora exactă a aplicării garoului (un cartonaș legat de garou sau un leucoplast lipit pe fruntea victimei).

În măsura în care există dotarea necesară se începe compensarea pierderilor volemice mari prin perfuzie intravenoasă cu ser fiziologic sau soluție glucozată, eventual cu soluții macromoleculare (Dextran).

Este recomandabilă sesizarea din timp a unității sanitare care va primi accidentatul cu privire la posibila necesitate a unei transfuzii de sînge, comunicînd și grupul sanguin notat pe actul de identitate. *Nu se vor încerca transfuzii în condiții improvizate, fără identificarea serologică obligatorie a primitorului și a donatorului. Riscurile unei transfuzii cu sînge incompatibil depășesc în general pe cele ale unei hemoragii severe.* Operativitatea hemostazei provizorii și a evacuării la spital constituie de cele mai multe ori condiția necesară și suficientă pentru salvarea accidentaților cu sîngerare extremă. Transfuzia este rezervată terapiei intraspitalicești sau situațiilor în care locul accidentului (calamității) asistența este acordată de unități medicale mobile, cu dotare și personal adecvate.

b. Fracturile. Date elementare

Recunoașterea fracturilor și imobilizarea provizorie sînt esențiale pentru a evita agravarea leziunilor pe timpul transportului.

Semnele clinice care impun diagnosticul de fractură la nivelul membrelor sînt : pierderea continuității reliefurilor osoase palpabile în mod obișnuit, deformarea axului membrului, netransmiterea mișcării de la segmentul proximal la cel distal și mobilitatea anormală a focarului de fractură. Semnele de probabilitate sînt : durerea spontană și provocată, edemul, echimozele și scurtarea aparentă a membrului (existentă cu unele luxații). *Nu se insistă în căutarea semnelor de certitudine ale fracturii.* Simplă bănuială de fractură, în etapa de prim ajutor, impune imobilizarea.

Imobilizarea provizorie trebuie efectuată chiar la locul accidentului, exceptînd situațiile de pericol grav iminent prin foc, gaze toxice, prăbușiri de construcții, explozie, inundație. Se folosesc orice materiale rapid disponibile : scînduri, tablă, cartoane puse în mai multe straturi, schiuri, bețe, la nevoie pături sau perne bine strînse. Zona imobilizată trebuie să cuprindă cel puțin cîte o articulație deasupra și dedesubtul focarului de fractură. *Imobilizarea insuficientă este la fel de periculoasă ca și lipsa imobilizării,* în schimb imobilizarea pe o zonă mai întinsă decît cea strict necesară nu creează pericole.

Cînd nu poate fi procurată o targă, accidentatul va fi așezat în decubit dorsal și apoi solidarizat cu fești pe o scîndură lată sau pe un panou de ușă, pe care va rămîne și în timpul transportului la spital (manipulări reduse la minimum necesar).

Dacă nu se poate asigura o autosanitară, se va evita transportul accidentatului cu un autoturism obișnuit. Este de preferat un vehicul cu

Scanned with OKEN Scanner

spațiu larg — furgonetă, dubă, camion — pentru a putea supraveghea și asista victima în condiții bune.

Transportul în condiții inadecvate, care nu permit continuarea sau reluarea unei eventuale resuscitări cardiorespiratorii, poate fi uneori mai periculos decît așteptarea unui vehicul convenabil.

2.2. RESUSCITREA CARDIORESPIRATORIE

a. Probleme generale

Starea de comă fără semne de activitate respiratorie sau circulatorie este definită ca stop cardiorespirator.

Atenție : Arice persoană aflată în stare de inconștiență trebuie suspectată de oprirea actuală sau iminentă a respirației și activității cardiace.

Dar : Chiar dacă la un prim examen se infirmă bănuiala de stop cardiorespirator, trebuie asigurată o supraveghere continuă, întrucît oprirea respirației sau/și a cordului pot surveni oricînd.

Prevenirea cel puțin a unora din accidentele de acest fel se poate realiza prin :

— recunoașterea precoce a stărilor critice cu risc vital major ;

— acordarea unui prim ajutor competent ;

— transportul în timp util al bolnavului într-un serviciu în care se pot asigura supravegherea și tratamentul în condiții de terapie intensivă.

În multe cazuri de oprire a cordului și respirației, aplicarea *imediată* a măsurilor corecte de resuscitare poate salva viața bolnavului : accidente coronariene acute, tulburări severe de ritm cardiac, intoxicații de diverse tipuri, electrocutare, înec, politraumatisme.

Stopul cardiorespirator implică pericolul iminent al producerii unor leziuni ireversibile ale sistemului nervos central :

— hipoxia cerebrală severă induce apariția comei în interval de un minut ;

— recuperarea bolnavului fără sechele este posibilă dacă se înlătură starea de hipoxie cerebrală în interval de 3 pînă la maximum 5 minute ;

— dacă hipoxia depășește durata de 4—6 minute apar leziuni cerebrale severe și ireversibile.

Hipoxia generalizată afectează și miocardul, a cărui forță de concentrație se degradează rapid, astfel reducîndu-se șansele de reușită a manevrelor de resuscitare.

Scopul resuscitării cardiorespiratorii este restabilirea unei activități respiratorii și circulatorii capabile să asigure aprovizionarea adecvată cu oxigen a principalelor organe de interes vital imediat creierul și inima.

După constatarea stării de inconștientă cel care acordă primul ajutor trebuie să efectueze cu maximum de operativitate :

— controlul și asigurarea permeabilității căilor aeriene superioare ;

— verificarea existenței unei ventilații spontane adecvate și dacă aceasta nu este prezentă, instituirea *imediată* a respirației artificiale ;

Scanned with OKEN Scanner

— verificarea existenței unei activități cardiocirculatorii adecvate și dacă aceasta nu este prezentă, instituirea *imediată* a masajului cardiac extern însoțit de respirație artificială.

Atenție : Aceste manevre trebuie efectuate de extremă urgență, pe loc, acolo unde a fost găsită victima, fără a irosi timp cu deplasarea sa — dacă nu există condiții care să îi pună pe salvatori în pericol.

b. Controlul căilor aeriene

După constatarea stopului cardiorespirator sau a unei stări critice grave care implică riscul iminent al acestuia, victima trebuie dispusă imediat în decubit dorsal pe o suprafață dură și plană — podea, pavaj, etc.

În caz de politraumatism cu posibile leziuni de coloană vertebrală schimbarea poziției în care a fost descoperită victima trebuie efectuată extrem de prudent pentru a nu agrava eventualele daune vertebromedulare.

Poziția în decubit dorsal este necesară pentru manevrele de resuscitare, dar la persoanele inconștiente poate provoca prin ea însăși obstrucția căilor respiratorii superioare în absența unei asistențe adecvate. Astfel :

— scăderea tonusului muscular face ca sub acțiunea gravității să se șteargă curbura normală a coloanei cervicale și capul să se situeze în flexie anterioară ;

— în felul acesta se modifică unghiul dintre faringe și laringe — care va fi astupat de epiglotă ;

— limba hipotonă cade posterior spre faringe, baza sa completînd obstrucția deschiderii superioare a laringelui.

De aceea imediat ce victima se află în decubitus dorsal trebuie efectuat manevre care să modifice aceste condiții, asigurînd permeabilitatea căilor aeriene superioare.

Cea mai importantă este manevra de extensie a capului, care poate fi realizată în două moduri :

— extensia capului și ridicarea gîtului ;

— extensia capului și ridicarea bărbiei.

Prima variantă : reanimatorul plasează o mînă sub gîtul pacientului la baza craniului iar cealaltă mînă pe frunte. Printr-o mișcare simultană se ridică mîna care susține gîtul și se apasă fruntea victimei cu cealaltă mînă, realizînd extensia capului pe coloana cervicală și refăcînd curbura normală a acesteia.

A doua variantă : reanimatorul menține extensia capului apăsînd cu o mînă pe frunte, iar cu degetele celeilalte mîini dispuse sub unghiul anterior al mandibulei, ridică bărbia și o împinge anterior, menținînd totodată gura deschisă.

În ambele tehnici se realizează împingerea anterioară a bazei limbii și epiglotei, dezobstruînd deschiderea laringelui.

Dacă totuși baza limbii nu se anteriorizează satisfăcător și continuă să obstrueze parțial faringele, se poate încerca o altă manevră de împingere a madibulei, după cum urmează : reanimatorul se așează în dreptul vertexului victimei, pune mîinile de o parte și de alta a mandibulei, plasînd degetele 2—5 sub unghiurile mandibulei, posterior, iar policele spre vîrful mandibulei sub buza inferioară, în dreptul colțurilor gurii. Prin mișcarea simultană a ambelor mîini se realizează trei gesturi : cu dege-

Scanned with OKEN Scanner

tele 2—5 se împinge mandibula anterior și se face totodată extensia capului iar cu policele se retractă buza inferioară.

Atenție : Dacă bănuim o leziune vertebromedulară cervicală menținem capul și gîtul în poziție neutră fără a forța extnesia și încercăm dezobstrucția căilor aeriene numai prin împingerea viguroasă a mandibulei anterioare.

c. **Respirația**

După asigurarea permeabilității căilor aeriene primul gest este *controlul prezenței respirației spontane.* Prin inspecția toracelui putem observa mișcările respiratorii ritmice. Dacă amplitudinea acestora este foarte redusă și nu pot fi observate, dar bănuim că se menține totuși o respirație spontană slabă, ne plasăm cu obrazul și urechea în dreptul gurii și nasului victimei încercînd a percepe sonor și tactil fluxul aerului expirat.

Dacă după asigurarea permeabilității căilor aeriene victima nu prezintă ventilație spontană adecvată ca amplitudine și frecvență, trebuie instituită urgent ventilație artificială.

Cea mai simplă și mai eficientă metodă este respirația artificială „gură la gură", depășind net valoarea oricărei alte metode descrise pentru asistarea respiratorie în cadrul primului ajutor.

Tehnică : Reanimatorul susține cu o mînă ceafa victimei iar cu cealaltă apasă fruntea pentru a menține capul în extensie și în același timp comprimă nasul între index și police, astupînd complet nările. După un inspir adînc, reanimatorul aplică gura sa apăsat pe gura victimei și expiră cu putere, apoi se desprinde de victimă lăsînd gura acesteia liberă și permițînd expirația pasivă.

Dacă pentru permeabilizarea căilor aeriene superioare se folosesc manevre de extensie a capului și ridicare a bărbiei, policele mîinii care ridică bărbia va menține gura victimei deschisă pentru aplicarea respirației gură la gură.

Cînd se realizează extensia capului dinspre vertex, cu mîinile de o parte și de alta a mandibulei, obstrucția nasului va fi realizată prin apăsarea obrazului reanimatorului asupra nărilor victimei în momentul insuflării gură la gură.

În caz de înec nu se va insista asupra diferitelor manevre de eliminare a apei din plămîni, pierzînd astfel un timp prețios pentru eficiența resuscitării. De obicei cantitatea de apă din plămîni este mică, iar apa dulce este resorbită rapid în circulație.

Ritm : La început, vor fi executate în succesiune rapidă patru insuflări ample fără a permite expirația completă între ele, pentru a destinde complet patul bronhoalveolar pulmonar parțial colabat.

Apoi insuflările ritmice ulterioare trebuie realizate cu suficientă forță pentru a umple adecvat plămînii victimei, la o frecvență similară cu cea a respirației normale.

Evaluare : De la primele mișcări de ventilație artificială trebuie evaluată eficiența lor. Reanimatorul va aprecia rezistența pe care o întîmpină la insuflare și va observa amplitudinea mișcărilor cutiei toracice induse de insuflații. De asemeni va evalua expirul victimei prin aplicarea obrazului și urechii reanimatorului lîngă gura și nasul victimei ca și la controlul existenței ventilației spontane.

Scanned with OKEN Scanner

Eşecuri : Cea mai frecventă cauză de ineficienţă a respiraţiei artificiale este extensia inadecvată a capului ; de aceea dacă întîlnim rezistenţă la respiraţia artificială primul gest este controlarea şi corectarea poziţiei capului, gîtului şi mandibulei. Alteori căile aeriene superioare sînt obstruate de corpi străini. Menţinînd gura victimei deschisă şi capul în extensie, se controlează rapid cu indexul cavitatea bucală şi faringele, extrăgînd eventualii corpi străini şi curăţind cu un tifon curat secreţiile acumulate.

Pentru eliminarea unor corpi străini din faringe mai pot fi utile cîteva percuţii puternice cu pumnul, interscapular, cu bolnavul întors în decubitus lateral. Dacă îl menţinem în decubitus dorsal putem obţine acelaţi efect prin cîteva compresiuni puternice pe abdomenul superior sau torace.

Controlul permeabilităţii şi dezobstrucţia la nevoie a căilor aeriene superioare sînt obligatorii înainte de începerea manevrelor de resuscitare ; de asemeni se impune repetarea lor dacă respiraţia artificială este ineficientă.

Caz particular : Uneori căile aeriene superioare rămîn blocate de corpi străini voluminoşi neextractibili, sau prin modificări anatomice grave induse de leziunile masivului facial.

Interdicţie : Efectuarea unei traheostomii la locul accidentului, în condiţii improvizate şi de către personal neantrenat, este formal contraindicată.

Soluţie extremă : Introducerea unui ac sau două, de calibru mare (din cele folosite pentru perfuzii intravenoase sau pentru puncţii) pînă la lumenul traheal poate uneori asigura temporar un flux aerian suficient pentru menţinerea bolnavului în viaţă pînă cînd va primi asistenţă intensivă calificată. Manevra este relativ simplă şi fără riscuri majore iar relieful traheal este uşor reparabil în regiunea cervicală anteroinferioară, cînd gîtul este menţinut în extensie. Totuşi se va face apel la această tehnică doar în caz de necesitate absolută.

d. **Circulaţia**

Evaluarea stării cardiorespiratorii se realizează imediat după asigurarea permeabilităţii căilor aeriene superioare şi a unei ventilaţii artificiale eficiente, începută cu cele cîteva insuflaţii ample şi rapide.

Tehnica evoluţiei : Cea mai bună metodă pentru a aprecia dacă există activitate cardiacă adecvată este *palparea carotidei,* accesibilă reanimatorul aşezat lîngă capul victimei şi neimpunînd îndepărtarea hainelor. Pulsul carotidian este un puls „central" şi ca atare rămîne perceptibil atîta vreme cît txistă activitatea cardiacă contractilă, chiar dacă pulsaţiile arterelor periferice nu se mai simt. Pulsaţiile carotidei se vor căuta prin palpare profundă dar blîndă, fără apăsare brutală, în şanţul dintre conductul laringotraheal şi muşchiul sternocleidomastoidian. Se poate aştepta un timp de pînă la 10 secunde pentru a afirma absenţa pulsului carotidian. Pentru palparea carotidei se vor folosi degetele mîinii care susţine ceafa sau ridică bărbia victimei, mişcînd-o pentru scurt timp în vreme ce mîna cealaltă continuă să menţină extensia capului prin apăsarea frunţii.

Dacă pulsul la carotidă este absent trebuie început imediat masajul cardiac extern asociat cu respiraţie artificială. Masajul cardiac intern nu

Scanned with OKEN Scanner

poate fi luat în discuție în cadrul primului ajutor acordat la locul accidentului de către personalul nespecializat.

Tehnica masajului : Victima trebuie așezată pe o suprafață tare, plană, podea, pavaj, planșeu de lemn. Dacă se găsește în pat, o deplasăm pe podea sau interpunem între corp și saltea o scîndură sau o tavă mare metalică.

Pentru executarea masajului cardiac extern se plasează mîinile suprapuse (podul palmei, nu degetele !), în regiunea inferioară a sternului, la două laturi de deget de joncțiunea xifosternală. Reanimatorul stă lateral de victimă, cît mai aproape, cu genunchii lîngă corpul acesteia și cu umerii situați chiar deasupra sternului ce urmează a fi comprimat. Astfel se evită flexia coastelor reanimatorului, poziția permițîndu-i și utilizarea optimă a greutății propriului corp pentru compresiune.

Apăsările pe stern trebuie să fie ferme dar nu brutale, menținute în ritm constant, regulat, fără întreruperi. Mîinile reanimatorului rămîn în contact permanent cu regiunea presternală a victimei. Ritmul compresiunilor este de aproximativ 60 pe minut. Fiecare compresiune trebuie să coboare sternul cu cîțiva centimetri.

Evaluare : Eficiența masajului este probată de apariția pulsațiilor de carotidă sincrome cu compresiunile pe stern.

e. **Resuscitarea de către un singur reanimator**

În această situație *ritmul compresiunilor sternale este întrerupt periodic pentru efectuarea respirației arificiale.*

Reanimatorul solitar trebuie să realizeze două insuflații în plămînii victimei la fiecare 15 compresiuni pe stern.

Un ciclu de acțiune cuprinde :

— *15 compresiuni sternale executate în ritm rapid,* eventual numărînd cu voce tare și păstrînd între cifre pauze egale cu timpul de pronunție a cifrelor. Pentru a realiza numărul mediu efectiv de 60 compresiuni pe minut, optim ca efect hemodinamic, ritmul practic de realizare a compresiunilor sternale trebuie să fie de aproape 80 pe minut, ca să se compenseze întreruperile necesare în vederea ventilației ;

— *două insuflații pulmonare* ample, în succesiune rapidă fără a permite expirul complet între insuflări ; ambele insuflații trebuie realizate într-un timp total de 5 secunde ;

Apoi ciclul se reia cu aceeași structură de 15 compresiuni sternale la 2 insuflații pulmonare, cu o durată a unui ciclu de circa 15 secunde — realizînd pe minut 60 compresiuni cardiace și 8 mișcări ventilatorii.

Tehnica resuscitării solitare este dificilă și obositoare implicînd schimbarea frecventă a poziției și a activității mîinilor reanimatorului. Totuși trebuie menținută pînă cînd sînt disponibile forțe suplimentare pentru resuscitare.

f. **Resuscitarea de către doi reanimatori**

Fiecare reanimator își asumă efectuarea uneia din cele două manevre : ventilația artificială și resuscitarea cardiacă. Reanimatorii se așază de o parte și de alta a victimei.

În această situație *raportul dintre compresiunile sternale și insuflațiile pulmonare este de 5 la 1* realizînd ca atare în total 60 compresiuni și 12 ventilații pe minut.

Scanned with OKEN Scanner

Insuflarea pulmonară se face într-o pauză dintre două compresiuni sternale. Cel care execută resuscitarea respiratorie va evalua între insuflații pulsul carotidian pentru a controla eficiența masajului cardiac. Căutarea pulsului carotidian se face după ce a trecut cel puțin un minut de la începerea masajului.

În resuscitarea cu doi reanimatori este esențială coordonarea acțiunilor. Această coordonare poate fi ușurată prin numărarea mișcărilor cu voce tare. Cel care execută insuflațiile pulmonare va inspira profund după cea de a treia compresiune sternală, va aplica gura pe gura victimei după a patra compresiune, iar după a cincea compresiune va insufla puternic încheind astfel ciclul de 5 compresiuni la o ventilație. Apoi ciclul se reia. Cei doi reanimatori își pot schimba periodic (dar cu rapiditate !) sarcina în cadrul resuscitării, cu grija de a menține coordonarea perfectă a mișcărilor.

Atenție : După producerea stopului respirator este posibilă menținerea timp de cîteva minute a unei activități spontane cardio-circulatorii încă eficiente. Oxigenarea sîngelui la nivelul plămînilor este însă suprimată. Instituirea foarte rapidă a respirației artificiale poate preveni în atari situații oprirea cordului.

Dacă există dubii cu privire la activitatea cardiacă nu se va pierde timpul cu verificarea ei ci se va institui imediat resuscitarea cardiorespiratorie, ca și în situațiile în care oprirea cordului este evidentă. Sistarea activității cardiace este totdeauna asociată cu oprirea respirației.

Masajul cardiac neînsoțit de respirație artificială este inutil, ca și respirația artificială fără controlul activității cardiace și fără realizarea în caz de nevoie a masajului extern. Operativitatea manevrelor este decisivă.

g. **Evaluarea globală a eficacității resuscitării**

Periodic trebuie inspectat *aspectul pupilelor :*

— dacă s-au constituit sau sînt iminente leziuni cerebrale severe pupilele sînt midriatice și nu reacționează la lumină ;

— pupila midriatică și cu reacție la lumină denotă o oxigenare insuficientă a creierului, fără a fi apărut încă leziuni severe ;

— dacă oxigenarea cerebrală este bună pupilele sînt contractate și reacționează la lumină.

Reacția pupilară poate fi diminuată la bătrînii cu cataractă sau sub acțiunea unor droguri — de exemplu opiacee.

După cîteva minute de resuscitare se pot întrerupe periodic manevrele timp de aproximativ 5 secunde pentru *verificarea apariției respirației și pulsațiilor carotidiene spontane*. Dacă nu au apărut sau dacă deși apar sînt slabe și intermitente, deci ineficiente, se reiau manevrele de resuscitare începînd cu o insuflație pulmonară amplă. Dacă respirația și activitatea cordului se reiau satisfăcător, bolnavul rămîne totuși în supraveghere strictă, asigurînd posibilitatea de reluare la nevoie a resuscitării.

h. **Evacuarea victimei de la locul accidentului**

Concomitent cu efectuarea resuscitării se organizează transportul victimei la cea mai apropiată unitate de terapie intensivă, în condiții de confort, sub supraveghere medicală, și cu posibilități de continuare sau

Scanned with OKEN Scanner

reluare a resuscitării dacă activitatea cardiacă și respiratorie nu sînt satisfăcătoare.

Chiar dacă aparent pacientul este complet recuperat evacuarea urgentă la spital este obligatorie, din cel puțin două motive :

— controlul condițiilor care au determinat producerea stopului cardiorespirator și prevenirea repetării acestuia ;

— controlul și tratamentul modificărilor metabolice induse de perioada de hipoxie severă.

Abandonarea resuscitării trebuie hotărîtă numai în echipă, și doar în prezența semnelor clare de deces.

i. Complicațiile resuscitării cardiorespiratorii și prevenirea lor

Resuscitarea cardiorespiratorie se poate solda cu unele complicații, în general acceptabile dacă manevrele au fost eficiente.

Dacă în cursul masajului cardiac extern reanimatorul apasă cu degetele asupra coastelor se pot produce *fracturi costale sau disjuncții condrocostale*. Pentru evitarea acestor incidente compresiunea trebuie exercitată pe stern în porțiunea sa supraxifoidiană. Compresiunea pe xifoid poate produce accidente grave, *ca ruptura ficatului sau perforația stomacului*.

Ventilația artificială se poate uneori solda cu *distensia gazoasă a stomacului*, în special la copii. Pentru prevenirea acestui incident :

— reanimatorul trebuie să asigure permeabilitatea căilor aeriene superioare ;

— să nu se execute insuflațiile cu o presiune excesiv de mare ;

— să ne limiteze volumul de aer insuflat la atît cît este necesar pentru a produce expansiune a toracelui.

Aceste preacuțiuni pot înlătura sau cel puțin diminua pătrunderea aerului insuflat prin esofag.

Distensia gestrică moderată nu prezintă pericole în schimb distensia exagerată adaugă un factor suplimentar de risc prin presiunea exercitată asupra diafragmului și reducerea consecutivă a capacității ventilatorii pulmonare.

Un alt risc îl constituie *posibila evacuare retrogradă a conținutului gastric, cu reflex în căile aeriene*. Dacă se constată distensie severă și nu dispunem de o sondă pentru evacuarea conținutului gastric, putem încerca să comprimăm epigastrul superior după ce am întors victima pe o parte, astfel încît conținutul gastric refluat retrograd să dreneze liber prin gură spre exterior.

Este de preferat ca printr-o tehnică corectă de resuscitare să prevenim sau să minimalizăm distensia gazoasă a stomacului.

2.3. TRAUMATISMELE TORACELUI

Date generale

Aspectul clinic al traumatismelor toracice variază după natura, forța de impact și direcția de acțiune a agentului vulnerant, parametri care condiționează tipul și amploarea leziunilor.

Scanned with OKEN Scanner

Clasificare

Contuziile (leziuni traumatice fără soluție de continuitate a tegumentului) se pot solda în raport cu energia agentului vulnerant, cu fracturi costale dar și cu leziuni pleuropulmonare sau chiar și ale organelor mediastinale, uneori cu risc vital imediat. Se constituie deci leziuni parietale asociate sau nu cu leziuni viscerale.

Plăgile toracice (leziuni cu soluție de continuitate a tegumentului), implică pe lîngă marea varietate a leziunilor și riscul septic dat de contaminarea cu germeni din mediu înconjurător.

În funcție de profunzimea lor plăgile pot fi :

— nepenetrante (limitate la straturile parietale) ;

— penetrante (care depășesc peretele propriu-zis).

Acestea din urmă pot fi însoțite sau nu de leziuni viscerale.

Evaluare

Uneori sînt evidente de la primul contact cu victima semne de insuficiență respiratorie sau cardiocirculatorie acută, impunînd măsuri terapeutice urgente.

Alteori, mai ales datorită unui examen incomplet, și superficial leziunile toracice sînt apreciate eronat ca fiind lipsite de gravitate, existînd însă riscul unor complicații severe cu evoluție rapidă.

Ca atare *orice traumatizat cu fracturi costale, chiar aparent necomplicate și în special cei cu plăgi toracice, chiar aparent nepenetrante, trebuie îndrumați de urgență la cea mai apropiată unitate chirurgicală*, pentru control clinic și radiologic și supraveghere în spital. Respectarea acestei recomandări se impune chiar dacă nu sesizăm elemente de gravitate la primul examen.

La cei cu semne cu insuficiență respiratorie și/sau cardiocirculatorie sînt necesare măsurile de prim ajutor decisive pentru salvarea vieții, urmate de evacuarea la spital cu maximum de operativitate. (Vezi capitolul „Date generale privitoare la asistența primară a traumatizaților").

Atenție : Examenul clinic trebuie să fie complet și minuțios întrucît pot coexista leziuni traumatice extratoracice : abdominale, osteoarticulare, craniene, eventual mai importante decît cele toracice.

Abordul victimei începe cu evaluarea rapidă a stării cardiorespiratorii și a posibilelor leziuni majore asociate. Apoi se va efectua amănunțit analiza stării morfofuncționale toraco-pulmonare pentru a stabili dacă există semne de insuficiență respiratorie acută.

În acest caz accidentatul este anxios, agitat, cianotic-pămîntiu, cu mișcări ventilatorii ineficiente, eventual cu zgomote respiratorii stridente și cu tiraj suprasternal, supraclavicular, intercostal și epigastric.

Aprecierea eficacității dinamicii ventilatorii este prima urgență a examenului clinic.

Scanned with OKEN Scanner

Date generale de examen clinic

— la *inspecția* toracelui o atenție deosebită trebuie acordată ;
— căutării amprentelor lăsate în cazul contuziilor de agentul vulnerant (marca traumatică) ;
— depistării eventualelor plăgi parietale. O soluție minimă de continuitate a tegumentului toracic se poate continuă uneori cu un traiect profund, penetrant (este probabilă explorarea instrumentală).

Totodată va fi apreciată frecvența și amplitudinea excursiilor respiratorii ale peretelui toracic căutîndu-se dacă există zone cu mobilitate nefirească.

Absența unor excursii respiratorii vizibile denotă ineficiența dinamicii ventilatorii și impune respirație artificială.

Mișcările paradoxale ale voletului costal sînt de obicei ușor de observat, voletele fiind cel mai des anterioare sau antero-laterale.

La nivelul plăgilor parietale care crează o comunicare largă a pleurei cu exteriorul se pot auzi în timpul mișcărilor respiratorii zgomote produse de mișcarea de du-te-vino a aerului.

Percuția : toracelui trebuie să depisteze eventualele semne de revărsat gazos sau lichidian pleural : pneumotorax, hemotorax sau asocierea acestora.

Palparea : ne poate oferi informații foarte utile :
— senzația de crepitație în perete caracteristică emfizemului subcutanat ;
— durere în punct fix ca semn de localizare a fracturii costale ;
— zone depresibile cu mobilitate anormală în fracturile costale multiple.

Auscultația zgomotelor respiratorii ne informează cu privire la prezența și amplitudinea activității pulmonare — de multe ori diminuată fie prin limitare antalgică a mișcărilor, fie prin prezența unui revărsat pleural hematic sau gazos.

Aprecierea echilibrului hemodinamic prin determinarea tensiunii arteriale precum și a frecvenței și amplitudinii pulsului este obligatorie. La traumatizații toracici se mai impun :
— aprecierea percutorie a matității cardiace (lărgită în hemopericard) ;
— inspecția sistemului venos cervical. În stările de șoc hemoragic deficitul hemodinamic se asociază cu colabarea venelor pe cînd în tamponada cardiacă înregistrăm deficit hemodinamic cu vene cervicale turgide.

Fractura costală

Este leziunea cea mai frecvent întîlnită. În fracturile simple care interesează una sau mai multe coaste *simptomul principal îl constituie durerea* intensă resimțită la nivelul focarelor de fractură în timpul inspirației, tusei, sau al oricăror alte mișcări ale trunchiului.

Limitarea antalgică a respirației și a tusei reduce ventilația pulmonară și împiedică evacuarea eficientă a secrețiilor traheo-bronșice. La bronșitici și la vîrstnici pot apare datorită retenției secrețiilor, zone

Scanned with OKEN Scanner

de atelectazie cu risc de infectare și de evoluție spre pneumonie sau bronhopneumonie.

Diagnosticul se confirmă prin palpare blîndă de-a lungul arcurilor costale, constatînd :

— durere în punct fix, corespunzător focarului de fractură ;

— eventual mobilitate anormală a coastei la acest nivel (semnul clapei de pian) ;

— crepitații osoase.

În cadrul primului ajutor medical elementul cel mai important este ușurarea durerii, ceea ce va ameliora ventilația pulmonară.

Atenție : Nu se vor trage niciodată fești circulare împrejurul toracelui. Efectul de „imobilizare" al zonei cu fracturi este minim, în schimb se reduce și dinamica ventilatorie a hemitoracelui contralateral.

Manevre de prim ajutor :

Se vor administra analgetice uzuale, sedative și fluidificante ale expectorației. Sînt interzise opiaceele.

Se poate încerca diminuarea durerilor astfel :

La nivelul hemitoracelui cu fracturi se pot aplica benzi late de leucoplast, parțial suprapuse, întinse de la stern pînă la coloana vertebrală, pe o înălțime care să depășească în sus și în jos cu cîțiva centimetri zona cu fracturi costale. Această manevră asigură un grad de confort traumatizatului și îi facilitează respirația.

Eficiența maximă pentru liniștirea durerilor o are blocajul anestezic al nervilor intercostali efectuat posterior de focarul de fractură, spre coloana vertebrală, pe toate coastele lezate plus cîte încă o coastă cranial și caudal.

Tehnică : După dezinfecția tegumentelor se repereză digital marginea inferioară a coastei și se infiltrează la acest nivel doi-trei milimetri de Clorhidrat de procaină 1% sau xilină 1%.

Atenție : Înainte de executarea infiltrației pacientul trebuie chestionat asupra eventualelor manifestări alergice în antecedente. Dacă acestea se confirmă se va efectua testarea sensibilității la substanța respectivă printr-un buton de infiltrație intradermică pe fața anterioară a antebrațului. Apariția unei reacții edematos-congestive intense locale impune renunțarea la infiltrația anestezică.

După efectuarea blocajului corect al nervilor intercostali durerile cedează spectaculos pentru cîteva ore și respirația se ameliorează net. Infiltrațiile se pot repeta la nevoie, dacă durerile redevin chinuitoare.

Chiar dacă aparent traumatizatul nu prezintă decît fracturi costale simple se impune evacuarea la spital pentru control clinic și radiologic, și eventuală reținere în supraveghere.

Voletul costal

Uneori se produc consecutiv traumatismului două linii de fractură care interesează mai multe arcuri costale. Zona delimitată între cele două linii de fractură, denumită volet costal, își pierde solidaritatea cu restul peretelui toracic și nu mai urmează mișcările respiratorii ale acestuia. *Voletul are mișcări „paradoxale", înfundîndu-se față de restul peretelui toracic în inspirație și bombînd în expirație.*

Scanned with OKEN Scanner

Elementelor de deteriorare a dinamicii ventilatorii discutate la fracturile costale simple li se adaugă în această situație mecanisme patogenice complexe, care duc la diminuarea severă a activității plămînului din partea lezată, dar dintr-o anumită măsură și a plămînului contralateral.

Amploarea răsunetului funcțional al voletului este determinată de dimensiunile și de localizarea sa. Cel mai des voletul costal este anterolateral sau anterior, incluzînd sternul, cu consecințe funcționale mai severe decît voletul posterior, care este menținut între mase musculare bine dezvoltate.

Uneori voletul costal nu este evident la prima vedere, capetele osoase menținîndu-se încă angrenate în focarul de fractură.

Voletul costal poate determina instalarea progresivă sau rapidă a insuficienței respiratorii acute : ca atare această leziune impune evacuarea victimei la spital de maximă urgență, sub supraveghere medicală.

Prim ajutor : Măsurile terapeutice enunțate pentru fracturile costale li se adaugă administrarea de oxigen (dacă este posibil).

Este imperios necesară suprimarea mișcărilor paradoxale ale voletului prin aplicarea unui pansament gros moderat, compresiv, bine solidarizat cu benzi late de leucoplast, care să mențină voletul în poziție ușor înfundată.

Dacă există semne de insuficiență respiratorie acută se instituie respirație artificială.

O formă deosebit de gravă a fracturilor costale multiple o constituie *„toracele moale"*, produs de obicei prin strivirea intensă între două planuri dure. De cele mai multe ori problemelor respiratorii li se adaugă în atari situații leziuni cardiovasculare severe, cu sfîrșit letal rapid. Dacă tabloul clinic este dominat numai de leziunile costale și consecințele lor respiratorii, se impune efectuarea respirației artificiale de la primul contact cu bolnavul pînă în momentul internării sale într-o unitate de terapie intensivă.

Implicații pleurale ale traumatismelor toracice

Plăgile toracice penetrante sau contuziile cu fracturi costale și deplasări mari ale capetelor osoase se pot însoți de leziuni ale parenchimului pulmonar. De la nivelul acestora se acumulează în cavitatea pleurală sînge (hemotorax), aer (pneumotorax) sau ambele elemente (hemopneumotorax).

a. — *Hemotoraxul* se manifestă prin semnele de revărsat lichidian plaural ; matitate la percuție și abolirea murmurului vezicular. Poate apare în plăgile penetrante și în contuziile severe, avînd originea în parenchimul pulmonar sau în o leziune a vaselor intercostale.

Consecințe : și atitudine de prim ajutor.

Hemotoraxul de amploare modestă — pînă la cîteva sute de mililitri — și fără tendință evolutivă rapidă, nu pune în pericol imediat viața bolnavului. Oricum se impune însă trimiterea victimei la spital, cît mai rapid, după acordarea măsurilor de prim ajutor amintite la fracturile costale. Această măsură este motivată prin necesitatea de a evacua hemotoraxul și a-i supraveghea evoluția.

Scanned with OKEN Scanner

Hemotoraxul masiv adaugă leziunilor directe ale peretelui toracic două categorii de elemente clinice :

— *semne de hemoragie internă* (paloare, hipotensiune, tahicardie, senzație de sete, ameteli, tendință la lipotimie) ;

— *semne de insuficiență respiratorie acută* determinate de comprimarea plămîntului din partea lezată dar și a celui controlateral prin fenomenul de „balans mediastinal".

De cele mai multe ori nu amploarea hemoragiei intrapleurale în sine, ci insuficiența respiratorie acută pune în pericol imediat viața bolnavului. În atari situații respirația artificială este ineficientă atîta vreme cît nu se decomprimă plămînul, prin evacuarea măcar parțială a sîngelui în pleură.

Pentru evacuarea sîngelui se va efectua, respectînd regulile de asepsie, puncție cu seringi cu ac gros pe linia axilară mijlocie în spațiul intercostal 7 sau 8. Decomprimarea eficientă a plămîntului poate facilita respirația spontană, eficientă, făcînd inutilă respirația artificială. Întrucît există riscul refacerii hemotoraxului și reinstalării insuficienței respiratorii acute se impune evacuarea la spital cu maximum de operativitate.

Dacă traumatismul a lezat marile vase mediastinale, decesul survine de obicei, rapid, înainte de a se putea acorda un ajutor eficient.

b. — *Pneumotoraxul poate apărea :*

— după contuzii ;

— după plăgi penetrante toracice ;

— în cadrul leziunilor complexe produse de suflul exploziilor.

Sursa aerului acumulat în cavitatea pleurală o constituie de regulă leziunea parenchimului pulmonar, mai rar deschiderea peretelui toracic.

Semnele clinice sînt timpanismul la percuție și diminuarea sau abolirea zgomotelor respiratorii.

După plăgile penetrante circa 80% din pacienți au aer și sînge în pleură : hemopneumotorax, cu semne clinice combinate.

Consecințe și atitudine de prim ajutor

Prezența unei cantități relativ importante de aer în cavitatea pleurală nu produce perturbări funcționale majore atîta vreme cît nu există tendința la acumulare progresivă și la creșterea mare a presiunii intrapleurale.

Pneumotoraxul în tensiune, cu supapă sau sufocant, apare în situațiile în care leziunea pulmonară se comportă ca o valvă unidirecțională, care permite pătrunderea aerului în pleură dar nu și evacuarea sa.

Tabloul clinic este dominat de instalarea rapidă a insuficienței respiratorii acute, determinată de colaborarea plămînului din partea lezată și de balansul mediastinal, cu jenarea funcției plămînului contralateral.

Se impune decomprimarea imediată prin puncție cu ac gros, cu respectarea regulilor de asepsie, în cel de al doilea spațiu intercostal pe linia medioclaviculară.

Reinstalarea semnelor de pneumotorax sufocant obligă la repetarea punctiei sau la lăsarea acului pe loc.

Concomitent cu acordarea primelor îngrijiri se organizează transportul cît mai operativ, sub supraveghere medicală, la cea mai apropiată secție de chirurgie.

Scanned with OKEN Scanner

Plăgile toracice larg deschise

Plăgile toracice larg deschise permit intrarea și ieșirea liberă a aerului din cavitatea pleurală la fiecare mișcare respiratorie. Apar consecințe funcționale grave prin colaborarea completă a plămînului opus, respectiv și în „balans mediastinal" cu perturbări funcționale ale plămînului.

Primul gest în atari situații este întreruperea comunicării libere a pleurei cu exteriorul printr-un pansament ocluziv bine fixat ; apoi bolnavul este evocat la spital de extremă urgență sub supraveghere medicală.

Leziuni ale organelor mediastinale

Leziuni ale organelor mediastinale apar în strivirile toracice anteroposterioare (de exemplu accidente rutiere cu impact violent pe volan sau tabloul de bord al vehiculului), sau în plăgi toracice profunde. Asocierile lezionale sînt foarte variate și risc grav imediat.

a. — *Lezarea traheei și bronhiilor principale* duce la *instalarea pneumomediastinului,* manifest clinic prin : dispnee, tuse, hemoptizie și emfizem cervicofacial. Dacă agentul vulnerant a interesat și pleura mediastinală se adaugă semne de pneumotorax, eventual și hemotorax.

Urgența evacuării la spital primează asupra oricăror altor măsuri de ajutor.

b. — *Perforația sau ruptura esofagului* se manifestă prin durere intensă profundă, retrosternală, cu iradiere în coloana vertebrală, disfagie completă, regurgitații sanguinolente, disfonie, uneori și dispnee, emfizem cervicofacial. Rapid se adaugă semne de șoc și de stare septică.

În atari situații se interzice orice ingestie orală, se calmează durerile cu analgetice uzuale și se evacuează urgent accidentatul la spital.

c. — *Leziunile marilor vase mediastinale* sînt de obicei rapid fatale (forma acută), uneori însă se produc doar fisuri ale pereților vasculari (forma subacută) soldate cu dezvoltarea progresivă a unui hematom mediastinal, exprimat clinic prin sindromul de compresiune mediastinală și semne de anemie acută.

Aceste leziuni se încadrează de obicei în complexul patologic al politraumatismelor majore și în general nu sînt recunoscute ca atare în etapa primului contact cu victima.

Cordul poate fi interesat sub formă de plăgi, rupturi, sau contuzie miocardică.

d. — *Contuzia miocardică* are drept expresie clinică durerea precordială, tehicardia, tulburări de ritm și sufluri. Atitudinea terapeutică inițială este întrutotul similară celeid in infarctul miocardic, internarea de urgență este obligatorie.

e. — *Plăgile și rupturile pericardului, vaselor coronare și miocardului* au expresii clinice dependente de amploarea revărsatului sanguin pericardic. Leziunile majore sînt urmate de deces imediat.

Alteori însă acumularea progresivă a sîngelui în pericard determină apariția tamponadei cardiace, cu semne clinice de deficit hemodinamic

Scanned with OKEN Scanner

prin scăderea debitului cardiac, asociate cu cianoză și cu turgescența jugularelor. Se impune evacuarea de extremă urgență la cea mai apropiată secție de chirurgie de urgență.

Puncția pericardului, paraxifoidian stîng ascendent, permite evacuarea măcar parțială a sîngelui și ușurarea, uneori salvatoare a semnelor de tamponadă cardiacă.

2.4. TRAUMATISMELE ABDOMENULUI

Date generale

Clasificare : Traumatismele abdominale se clasifică în *plăgi* și *contuzii*, în funcție de prezența sau absența unei soluții de continuitate a peretelui. Plăgile pot fi :

— nepenetrante (interesînd numai structurile parietale) ;

— penetrante dar neperforate, interesînd și peritoneul fără a se asocia însă leziuni viscerale ;

— perforante (cînd agentul traumatic a produs și leziuni ale viscerelor).

Gama leziunilor posibile depinde de natura, forța de impact și direcția de acțiune a agentului vulnerant.

În plăgi, leziunii traumatice propriu-zise i se adaugă și riscul infecției.

a. — Atît contuziile cît și plăgile pot determina *leziuni limitate la peretele abdominal :*

— rupturi sau secțiuni ale planurilor musculoaponevrotice ;

— secțiuni vasculare cu formare consecutivă de hematoame intraparietale ;

— infiltrații echimotice simple. Localizarea strictă a acuzelor pacientului și a modificărilor constatate prin examen obiectiv, la peretele abdominal, poate fi aparent liniștitoare la un prim examen. Totuși *posibilitatea asocierii și a unor leziuni viscerale cu semne atipice sau cu evoluție în doi timpi impune evacuarea la spital a oricărui traumatizat abdominal.* Alteori tabloul clinic este înșelător „în exces", hematomul subaponevrotic al peretelui abdominal mimînd o suferință viscerală acută.

b. — *Contuziile abdominale* se pot solda cu leziuni *viscerale, izolate sau combinate :*

— ale organelor parenchimatoase : ficat, splină, pancreas, rinichi ;

— ale viscerelor cavitare : stomac, intestin, vezică urinară (în special dacă organul respectiv este plin, destins).

c. — *Oprirea bruscă a mișcării corpului* (decolarea bruscă) în accidentele rutiere sau în căderi de la mare înălțime poate produce *smulgeri ale unor organe din dispozitivele lor anatomice de fixare*, fenomen asociat de obicei cu leziuni vasculare grave. Astfel se pot produce :

— rupturi hepatice însoțite de leziuni ale venelor suprahepatice sau ale cavei inferioare ;

— dezinserția splinei din pedicul său ;

— dezinserția intestinului de pe mezenter.

Scanned with OKEN Scanner

d. — *Contuziile puternice aplicate în zona mediană a abdomenului* se soldează uneori cu *strivirea și ruperea organelor care traversează coloana vertebrală* pancreas, duoden.

e. — *Plăgile abdominale :* întîlnite mai rar în practica civilă decît contuziile, se soldează cu leziuni extrem de variate.

Armele albe produc de obicei leziuni grupate topografic în jurul porții de pătrundere, dar acestea pot diferi mult în raport cu lungimea armei, direcția de acțiune și cu interesarea unor organe mobile, cum ar fi intestinul.

Plăgile prin glonț produc leziuni complexe, interesînd aproape întotdeauna mai multe organe.

Aceleași consecințe apar în situațiile în care abdomenul este străpuns de o rangă, un par, sau alt corp ascuțit. În astfel de situații, dacă agentul vulnerant rămîne înfipt în abdomen este prohibită extragerea sa în etapa primului ajutor, manevra putînd agrava leziunile primare (idee valabilă și în traumatismele toracice). Victima va fi evacuată ca atare la spital, de maximă urgență.

f. — *Pentru aprecierea corectă a consecințelor posibile ale traumatismului* sînt utile informațiile culese de la accidentat sau de la anturaj cu privire la *modul concret de producere a accidentului* (natura agentului vulnerant, forță de impact, direcție).

Topografie „mărcii traumatice" a contuziei (echimoze, escoriații) *respectiv a plăgii* oferă de asemeni sugestii pentru orientarea diagnosticului, completate apoi printr-un examen clinic amănunțit și complex — general și abdominal.

Atenție : În traumatismele bazei toracice și abdomenului superior se pot produce leziuni complexe interesînd atît planurile parietale toracice și abdominale cît și viscerele subiacente (din ambele cavități) și diafragm.

Eroare posibilă : Semnele clinice abdominale sînt dominate de obicei de durerea spontană și sensibilitatea la palpare, dar acestea sînt uneori dificil de interpretat dacă sînt prezente și alte leziuni, fracturi costale, ale coloanei vertebrale, sau ale oaselor bazinului. Atari situații sînt oricum însă urgențe chirurgicale și impun evacuarea rapidă a victimei la spital.

Leziunile organelor parenchimatoase

Leziunile organelor parenchimatoase produc hemoragie intraperitoneală (ficatul, splina) sau retroperitoneală (rinichii).

În atari situații *manifestările locale abdominale rămîn de obicei pe un plan secundar față de cele generale,* de tip hemoragic :

În *forma cu evoluție acută semne de anemie acută și hipovolemie :* paloare, senzație de sete, ameteli, tendință la lipotimie, hipotensiune și tahicardie cu puls slab bătut, filiform. La percuția abdomenului putem sesiza matitate declivă deplasabilă atunci cînd cantitatea de sînge revărsat în peritoneu (hemoperitoneu) este mare. De obicei nu întîlnim semne de iritație peritoneală dacă nu coexistă și leziuni ale viscerelor cavitare.

Uneori evoluția clinică este „subacută, cu sîngerare relativ lentă, redusă cantitativ în momentul examinării, fără răsunet hemodinamic major dar cu tendință la scăderea tensiunii arteriale și creșterea alurei ventri-

Scanned with OKEN Scanner

culare la trecerea din clinostatism în ortostatism. Acest fenomen trebuie interpretat ca un semnal de alarmă, precedînd de obicei o decompensare — uneori brutală — a echilibrului hemodinamic.

Atenție : Chiar dacă la prima impresie nu există leziuni viscerale, cei cu contuzii în ariile de proiecție ale ficatului și splinei (baza toracelui, abdomen superior) trebuie îndrumați la spital pentru că există posibilitatea unei rupturi parenchimatoase în doi timpi : inițial acumularea unui hematon sub capsula intactă apoi ruperea sa cu inundație peritoneală hemoragică și deficit hemodinamic acut.

Leziunile organelor cavitare

Leziunile organelor cavitare se soldează cu *iritație chimică și mai ales contaminare bacteriană a peritoneului.*

Ca atare de cele mai multe ori *semnele generale rămîn pe un plan secundar*, cel puțin în fazele inițiale, față de semnele locale.

Abdomenul este intens dureros spontan și la palpare, cu apărare musculară sau cu contractură „de lemn", matitatea hepatică este deseori dispărută datorită pneumoperitoneului.

Se realizează aspectul tipic de abdomen acut chirurgical cu peritonită difuză.

Tardiv se instalează alterarea profundă a stării generale, cu deshidratare, febră, hipotensiune, tahicardie, oligurie ; aspect clinic caracteristic peritonitei neglijate.

Leziunile abdominale complexe pluriviscerale

Leziunile abdominale complexe pluriviscerale asociază semne de iritație peritoneală cu semnele șocului hemoragic.

Atenție : Examenul clinic complet și corect este obligatoriu pentru depistarea eventualelor leziuni asociate extraabdominale.

Atitudine : Varietatea leziunilor posibile și caracterul uneori capricios și înșelător al evoluției, cu agravări brutale neașteptate, impune supravegherea intraspitalicească a celor cu traumatism abdominal — contuzie sau plagă — chiar dacă aparent nu par să existe leziuni semnificative.

În etapa de prim ajutor medical nu se vor explora plăgile abdominale, întrucît putem astfel agrava leziunile primare. Se aplică un pansament simplu, eventual se administrează un analgetic și se evacuează bolnavul la cea mai apropiată secție de chirurgie.

Nu se administrează opiacee întrucît pot estompa manifestările clinice îngreunînd evacuarea ulterioară a bolnavului.

La cei cu semne de dezechilibru hemodinamic este necesară instituirea — și menținerea pe timpul transportului — a unei perfuzii cu ser fiziologic sau cu ser glucozat, pentru substituire volemică măcar parțială. Se suprimă orice ingestie orală.

În traumatismele complexe cu leziuni pluriregionale prima prioritate este asigurarea respirației, a doua resuscitarea cardiocirculatorie, după care urmează celelalte măsuri de prim ajutor și evacuarea victimei.

Scanned with OKEN Scanner

Evisceraţia completă traumatică

O situaţie aparte o prezintă plăgile abdominale mari prin care se exteriorizează o parte din viscere — de obicei epiploonul mare şi intestin subţire.

Interdicţie : Este interzisă tentativa de reducere în abdomen a viscerelor exteriorizate prin plagă. Manevra nu îşi poate atinge scopul datorită contracturii peretelui abdominal, se poate solda cu leziuni ale viscerelor manipulate şi cu agravarea contaminării septice peritoneale, de asemeni agravează şocul prin intensificarea durerilor.

Atitudine : Se realizează de urgenţă contenţia viscerelor exteriorizate prin aplicarea unui pansament steril cu multe straturi de tifon, acoperit cu vată şi apoi înfăşurarea victimei într-un cearceaf curat prins cu ace de siguranţă.

Se administrează analgetice după nevoie sînt permise opiaceele dacă nu se asociază insuficienţă respiratorie.

Primează apoi urgenţa evacuării la cea mai apropiată secţie de chirurgie cu serviciu de anestezie-terapie intensivă.

Se poate începe la etapa primului ajutor profilaxia tetanosului cu ATPA şi antibioterapia cu penicilină injectabilă în doze mari.

Este utilă instituirea unei perfuzii intravenoase cu soluţii cristaloide pentru compensarea pierderilor lichidiene.

2.5. TRAUMATISMELE APARATULUI URINAR

Rinichii

Leziunile traumatice ale rinichiului sînt relativ rare comparativ cu cele ale altor organe abdominale.

Cauza cea mai frecventă o constituie traumatismul local, lombar, în cadrul unor accidente rutiere, de muncă în mediu industrial, sau sportive. În politraumatisme se asociază frecvent şi alte leziuni viscerale şi osteoarticulare.

Consecinţele renale directe ale traumatismului variază de la contuzia simplă la ruptura completă a rinichiului sau chiar a pedicululuí renal, aşa încît şi manifestările clinice sînt foarte diferite.

Există anumite *semne de alarmă* care trădează existenţa unor leziuni importante şi impun evacuarea de urgenţă a accidentatului la spital.

Hematuria macroscopică posttraumatică certifică prezenţa unei *leziuni majore a aparatului urinar.*

Durerea spontană şi sensibilitatea la palpare în loja renală pot fi uneori semnificative, dar interpretarea lor este dificilă, putînd fi secundare unor leziuni osoase sau musculare.

Palparea unei *zone de împăstare dureroasă în loja renală sau în flancul respectiv* indică acumularea retroperitoneală de sînge, urină, sau a ambelor. În atari situaţii apar frecvent şi *manifestări digestive :* greţuri, vărsături, distensie abdominală prin ileus dinamic reflex.

Scanned with OKEN Scanner

Sîngerarea retroperitoneală poate induce apariția unei stări de șoc, chiar dacă volumul de sînge extravazat nu este foarte mare. Eliminarea de urină, de obicei amestecată cu sînge, prin plagă, certifică prezența leziunii renale.

Atenție : Uneori semnele de gravitate nu sînt evidente de la primul contact cu traumatizatul, ele constituindu-se progresiv în orele ce urmează accidentului. *Riscul evolutiv potențial al unei eventuale leziuni renale justifică trimiterea la spital a oricărui bolnav cu contuzie lombară puternică, chiar în absența semnelor de gravitate la prima impresie.*

Vezica urinară

Cauza cea mai frecventă a leziunilor vezicii urinare este *exercitarea brutală a unei forțe exterioare asupra vezicii aflată în stare de plenitudine,* prin contuzie hipogastrică în cadrul unei agresiuni sau al unui accident.

Fracturile de bazin se însoțesc și ele relativ frecvent de ruptura vezicii.

Plăgile abdomenului inferior pot de asemenea interesa peretele vezical.

Aspectul clinic diferă după topografia leziunii și locul de revărsare a urinii. *Micțiunile,* cînd sînt posibile, se efectuează dificil, cu senzația de evacuare incompletă. Uneori apar *tenesme vezicale. Hematuria* este frecventă, asociată cu *dureri* în etajul abdominal inferior și retropubian.

a. — *Dacă ruptura este intraperitoneală* revărsarea urinii determină apariția semnelor de *iritație peritoneală* asemănătoare tabloului de peritonită acută difuză.

b. — *Cînd vezica se rupe extraperitoneal* se constituie în pelvis un *infiltrat urohematic* perceptibil ca o împăstare dureroasă la palparea suprapubiană și la tușeul rectal.

c. — Asocierea sîngerării abundente sau a unor leziuni complexe prin politraumatism induce apariția *stării de șoc.*

Atenție : Orice disconfort micțional sau modificare a aspectului urinii după un traumatism al abdomenului inferior justifică trimiterea bolnavului la spital, aceasta capătă caracter de urgență dacă sînt prezente semnele de gravitate amintite mai sus. *Nu se va efectua sondaj vezical, pentru că această manevră riscă să agraveze* leziunile primare.

Uretra

Leziunile uretrei sînt întîlnite de obicei în cadrul fracturilor de bazin și în traumatismele directe ale perineului prin lovire sau prin cădere călare pe un corp dur.

Micțiunea devine deseori imposibilă, pe meatul uretral se prelinge sînge iar în perineu și retropubian se constituie progresiv o împăstare dureroasă prin infiltrat urohematic.

Evacuarea la spital se impune ca urgență imediată. *Nu se va efectua sondaj uretral pentru a agrava leziunile primare.*

Dacă bolnavul prezintă retenție completă de urină cu glob vezical în tensiune se va puncționa vezica în condiții de asepsie perfectă la 1,5—2 cm deasupra simfizei pubiene.

Scanned with OKEN Scanner

2.6. TRAUMATISMELE MÎINII – ASISTENȚA PRIMARĂ

Date generale

Traumatismele mîinii realizează situații lezionale extrem de variate, în raport cu complexitatea morfologică și funcțională a acestui important segment al aparatului locomotor.

Atît în *contuzii* cît mai ales în *plăgi* se pot produce leziuni, uneori severe, ale elementelor profunde tendinoase, vasculare, nervoase și ale scheletului osos.

Orice soluție de continuitate a tegumentelor favorizează infecția țesuturilor subiacente — sursă frecventă de complicații și sechele neplăcute.

Uneori leziunile sînt complexe, cu pierderi de substanță, și cu asociere de leziuni ale mai multor elemente anatomice.

Atenție : Simplicitatea unei plăgi a mîinii poate fi doar aparentă. Ca atare orice leziune traumatică a mîinii care depășește tegumentul propriu-zis prezintă riscuri potențiale majore și de aceea trebuie adresată de urgență chirurgului pentru primul ajutor calificat. Acesta urmează a aprecia dacă se impune solicitarea specialistului în traumatologie (chirurgie plastică și reparatorie). Aceeași regulă se aplică și pentru arsurile termice, chimice, sau prin curent electric, chiar și în situațiile în care la prima vedere leziunile par minore.

Primul ajutor medical nespecializat

Primul ajutor medical nespecializat (la nivelul dispensarului) trebuie să evite agravarea leziunilor primare și să prevină unele complicații posibile imediate.

În această etapă se efectuează gesturile minime strict necesare și se organizează transportul operativ al bolnavului în condiții de securitate la cea mai apropiată unitate chirurgicală.

Urgența evacuării este și mai imperioasă cînd leziunile impun în mod evident o chirurgie reparatorie, pentru că întîrzierea intervenției calificate sporește riscul infecției și întunecă prognosticul. Asocierile lezionale în cadrul politraumatismelor pot pune probleme de risc vital imediat, argument în plus pentru accelerarea transportului la spital.

Scopul principal al primului ajutor este oprirea hemoragiei. Dacă aceasta a încetat spontan există uneori riscul reluării sale prin detașarea unor cheaguri sau datorită creșterii tensiunii arteriale de aceea trebuie luate întotdeauna măsuri de asigurare a hemostazei temporare, pînă la prelucrarea chirurgicală.

Accidentatul este de obicei într-o stare de agitație provocată de spaima accidentului și de amploarea sîngerării (mîna are o vascularizație foarte bogată). Cu tact bolnavul va fi liniștit și va fi culcat, ridicînd membrul lezat pentru a diminua sîngerarea — cel puțin cea de origine vasculară.

Apoi se va încerca *hemostaza provizorie prin compresiune, de preferat cu un pansament steril, la locul sîngerării.*

Atenție : Este recomandabil să nu utilizăm garoul, a cărui aplicare neîndemînatică, prea strînsă sau excesiv de prelungită, poate provoca noi

Scanned with OKEN Scanner

leziuni : nervoase, vasculare, musculare. De cele mai multe ori compresiunea locală adecvată este suficientă.

Chiar și compresiunea pe trunchiurile arteriale în zonele de electie pentru hemostaza temporară este depășită de obicei ca valoare prin eficiență și lipsa de riscuri, de către compresiunea locală bine dozată. Sursele cele mai importante de sîngerare în plăgile mîinii sînt reprezentate de arcadele palmare a căror hemostază se poate realiza în mod obișnuit prin compresiune.

Dacă există o sîngerare abundentă, care nu cedează la compresiune locală și ridicarea membrului, se poate aplica garou temporar la antebraț (deci cît mai aproape de plagă, cît mai distal" pe timpul evacuării de urgență la spital (în maximum o oră).

Pînă la preluarea bolnavului de către chirurg garoul va fi periodic slăbit pentru perioade scurte de timp, în scopul de a evita ischemia tisulară. Nu se aplică niciodată garou pe baza degetelor, manevra producînd ischemie severă.

Diminuarea riscului de infecție se realizează prin respectarea regulilor de asepsie și antisepsie în acordarea primului ajutor și evacuarea cît mai rapidă a accidentatului în mediu chirurgical.

Se impun totdeauna efectuarea profilaxiei tetanosului (anatoxină tetanică 0,5 ml i.m.) și inițierea antibioterapiei parenterale (Penicilină G 1—2 000 000 u) la cei cu plăgi delabrante, murdărite cu pămînt, conținînd corpi străini.

Înainte de evacuarea accidentatului la spital se efectuează toaleta primară a plăgii cu apă sterilă iar pielea înconjurătoare se spală cu apă și săpun.

Riscuri, interdicții : Explorarea intempestivă a plăgii este periculoasă. În afară de eliminarea corpilor străini vizibili și asigurarea apoi a hemostazei prin compresiune locală nu se efctuează alte gesturi în plagă, pentru a nu agrava leziunile primare. Nu trebuie efectuată hemostază prin ligaturi vasculare în etapa de prim ajutor pentru că există pericolul de ischemie și de compromitere a vitalității unor zone tisulare. Nu se introduc în plagă soluții, pulberi sau unguente antiseptice, care pot fi uneori mai agresive pentru țesuturi decît pentru germeni.

Nu se execută sutura plăgii, singurul lucru important în această etapă este hemostaza prin mijloace care să nu agraveze leziunile. Sutura — în special cu agrafe metalice — poate compromite marginile lambourilor cutanate, îngreunînd rezolvarea finală. În plus, sutura primară în condiții necorespunzătoare poate favoriza dezvoltarea unei infecții locale severe. Este interzisă în această etapă tentativa de reparare prin sutură a tendoanelor secționate.

Pentru *calmarea durerilor* se administrează analgetice uzuale : este recomandabilă evitarea opiaceelor.

Dacă există *fracturi ale oaselor degetelor și mîinii* nu se fac manevre de reducere : zona respectivă va fi inclusă în pansamentul compresiv fără a deplasa fragmentele.

După aplicarea pansamentului steril compresiv și suspendarea în eșarfă a membrului toracic lezat, bolnavul va fi evacuat urgent la eșalonul chirurgical cel mai apropiat.

Scanned with OKEN Scanner

La politraumatizații șocați se adaugă măsurile de ordin general: perfuzie intravenoasă pentru substituire volemică cu soluții cristaloide și supravegherea funcțiilor vitale: respirație și activitate cardiocirculatorie.

În mediu chirurgical specializat se va face evaluarea completă a daunelor tisulare și în special a structurilor vasculare, nervoase și tendinoase, hotărîndu-se care leziuni pot fi separate imediat și care vor fi temporizate pentru o reparație ulterioară, tratînd pe bolnav ca și cum ar avea o plagă simplă.

2.7. ATITUDINEA FAȚĂ DE AMPUTAȚIILE TRAUMATICE ALE EXTREMITĂȚILOR

Datorită progreselor chirurgiei reparatorii în traumatologie a devenit posibilă replantarea unor extremități care au suferit o amputație completă sau parțială.

Stabilirea indicației de replantare se realizează în raport cu criterii complexe și este de resortul specialistului în chirurgie plastică și reparatorie.

Una din condițiile importante de care depinde succesul unei astfel de intervenții este *atitudinea inițială* față de accidentat.

Se impun evitarea agravării leziunilor primare și operativitate maximă în evacuarea accidentatului la ceă mai apropiată secție de chirurgie, de preferat la Spitalul Județean. Aici se va stabili dacă accidentatul și extremitatea amputată se trimite la Centrul de Replantare. În stabilirea deciziei intervin vîrsta, starea generală și bolile asociate, coexistența altor leziuni traumatice, amploarea distrugerilor tisulare la nivelul bontului restant și extremității amputate, precum și factorul timp (din momentul accidentului pînă la sosirea la Centrul de Replantare nu trebuie să treacă mai mult de 4—6 ore).

Totodată reușita intervenției depinde de modul în care este conservat pe timpul transportului segmentul amputat.

Etapa de prim ajutor. Se aplică pe *bontul de amputație* un pansament compresiv, dar nu excesiv de strîns, cu scopul de a asigura hemostaza. Trebuie evitată aplicarea de garou hemostatic, pentru că acesta poate agrava leziunile primare. Pansamentul compresiv și menținerea membrului respectiv în poziție ridicată sînt de obicei suficiente pentru o hemostază temporară adecvată. Sînt interzise hemostaza cu pense sau cu ligaturi, precum și explorarea instrumentală a bontului de amputație.

Extremitatea amputată se introduce într-o pungă de material plastic curată sau într-un vas a cărui capacitate să nu depășească cu mult volumul segmentului respectiv. Recipientul acesta se introduce apoi într-un vas mai mare care conține gheață. Segmentul amputat nu se va așeza direct în vasul cu gheață, ci numai după asigurarea contenției etanșe corespunzătoare! asupra părții amputate nu se va efectua nici un fel de altă manevră!

Scanned with OKEN Scanner

Operativitatea acestor prime măsuri și a evacuării la eșalonul chirurgical adecvat constituie prima condiție a succesului replantării.

La Centrul de Replantare se reevaluează în momentul sosirii starea generală a accidentatului, ponderea (gravitatea) eventualelor leziuni asociate, starea bontului și a segmentului amputat. Dacă se apreciază că intervenția este indicată, avînd șanse de reușită sub anestezie generală se va reface în primul rînd continuitatea și fixitatea elementelor osoase apoi se vor repara axele vasculare și în final celelalte structuri.

2.8. LEZIUNILE TRAUMATICE ALE VASELOR PERIFERICE

Tipuri de leziuni

a. **Plăgile arteriale** se pot prezenta sub formă liniară sau cu aspect anfractuos. În practica curentă apar de obicei consecutiv traumatismelor accidentale sau prin agresiune, agentul vulnerant fiind de obicei un obiect tăios sau ascuțit, diferit după împrejurări : cuțit, ciob de sticlă, etc. Prezența și amploarea *hemoragiei externe* depind de calibrul arterei și de mărimea breșei din peretele acestuia. Uneori *aspectul clinic este înșelător :* o arteră cu un defect lateral de dimensiuni modeste dar beant poate sîngera masiv, în vreme ce alteori o arteră complet secționată se poate retracta și contracta, sîngerarea fiind pentru moment minimă, mai ales în condiții de hipotensiune arterială. Dacă simultan cu plaga arterială s-a produs deschiderea unei vene învecinate se poate forma o fistulă arteriovenoasă acută.

Întreruperea sau diminuarea fluxului prin artera lezată produce *ischemie distală, acută sau subacută.*

b. **Perforațiile arteriale** sînt produse de proiectile de mici dimensiuni (gloanțe, alice) sau de instrumente cu vîrf ascuțit (cuțit, burghiu, alte unelte). Uneori astfel de leziuni pot fi inițial inaparente clinic sau par lipsite de gravitate, dar cu risc de evoluție ulterioară gravă. Astfel, fără a exista la început modificări ale pulsațiilor distal de leziune sau sîngerare locală semnificativă, poate apare în orice moment și evolua rapid un hematom voluminos compresiv sau o hemoragie externă masivă ce duce la șoc hemoragic.

Dacă o leziune minimă perforată a peretelui arterial se însoțește de dislocarea unei plăci de sterom sau de decolarea endarterei se poate dezvolta local o tromboză extensivă cu semne de ischemie periferică acută.

c. **Contuziile și strivirile arterelor** pot produce ruptura unora din straturile parietale cu formarea unui hematom intramural, decolarea și bombarea endarterei și în consecință obturarea parțială sau completă a lumenului arterial, cu manifestări ischemice distal de zona lezată.

Astfel de leziuni soldate cu semne de ischemie periferică acută apar deseori în asociere cu fracturi sau luxații, coexistînd uneori și cu distrugeri musculare, venoase sau cutanate (fracturi deschise).

d. **Spasmul și compresiunea arterială** apar frecvent în interiorul compartimentelor musculofasciale, mai ales pe arterele cu destinație

Scanned with OKEN Scanner

musculară (brahială, poplitee). Un segment arterial poate deveni mult îngustat fie prin spasmul intens al elementelor musculare parietale iritate de traumatism, fie prin compresiunea exercitată de edem sau de un hematom. Fenomenele de compresiune evoluează rapid, sever, datorită inextensibilității formațiunilor anatomice care delimitează compartimentele musculofasciale. În atari situații, deși nu există o leziune directă a peretelui arterial pot apărea semne de ischemie periferică acută în cadrul așa numitului „sindrom de compartiment".

Manifestările clinice ale leziunilor arteriale

a. — *Hemoragia externă* este manifestarea cea mai frecventă a leziunilor arteriale. Deși *originea arterială* a sîngerării este evidentă cînd sîngele se exteriorizează în jeturi pulsatile, *sediul exact al leziunii vasculare* poate fi uneori dificil de determinat cînd sîngele se acumulează profund în țesuturi, formînd hematoame, sau cînd printr-o plagă complexă drenează în torace, abdomen, sau spațiul retroperitoneal. În atari situații primează *semnele generale de hipovolemie și anemie acută*, cu deficit hemodinamic pînă la stare de șoc hemoragic.

Erori posibile : Deficitul hemodinamic sistemic, frecvent întîlnit în politraumatisme, creează dificultăți în diagnosticarea clinică precoce a unora din leziunile arteriale primare (spasm, contuzie) sau secundare (tromboză), în special cînd se asociază cu fracturi sau luxații.

De asemeni intervenția vasoconstricției periferice generalizate, ca mecanism de apărare, îngreunează evaluarea corectă a pulsațiilor arteriale periferice, pînă la restabilirea volemiei și a parametrilor hemodinamici normali, în special cînd se asociază și leziuni ale aparatului locomotor.

b. — *Ischemia*, consecință frecventă a leziunilor arteriale, poate fi uneori evidentă, alteori mai dificil de recunoscut în condițiile asocierilor patologice amintite mai sus avînd ca element comun deficitul hemodinamic.

La nivelul extremităților ischemia acută se traduce prin pierderea rapidă a sensibilității și motricității datorită anoxiei nervilor periferici și musculaturii.

Cele mai susceptibile de a dezvolta rapid leziuni necrotice sînt masele musculare lipsite anatomic de o circulație colaterală bine dezvoltată, precum și cele cuprinse în compartimente musculofasciale inextensibile. În această din urmă eventualitate apariția edemului sau a unui hematom determină compresiunea elementelor vasculare și agravează ischemia.

Pe acest fond de stază și hipoxie apare și tromboza sistemului venos profund, agravînd staza și edemul în cadrul unui cerc vicios ce va determina după cîteva ore leziuni necrotice ireversibile. Totodată tromboza venelor profunde poate fi sursa unor embolii pulmonare cu risc vital imediat.

c. — *Alte fenomene clinice* care pot urma unei leziuni arteriale traumatice sînt falsul anevrism sau hematomul pulsatil (uneori cu păstrarea unui flux circulator distal acceptabil) și fistual arteriovenoasă posttraumatică — leziune soldată cu sîngerare exterioară modestă întrucît presiunea sîngelui arterial se „descarcă" în sistemul venos, ducînd uneori la supraîncărcarea întoarcerii venoase spre inima dreaptă.

Scanned with OKEN Scanner

Leziunile venelor

Leziunile venelor mici sau medii produc sîngerări de amploare redusă și ușor de stăpînit. În schimb întreruperea unui trunchi venos major se soldează pe lîngă hemoragia amplă, cu stază și edem spre extremitatea distală a membrului. În această situație se poate produce datorită edemului compresiv, necroza maselor musculare cuprinse în compartimente musculo-fasciale inextensibile, chiar dacă nu există leziuni ale sistemului arterial.

Un alt risc este constituit de dezvoltarea unei tromboze extensive în lumenul venei lezate, urmată de embolie pulmonară.

Dilatația și staza venelor periferice ale extremităților, anormal de proeminente, impun bănuiala unei leziuni de trunchi venos profund.

Principii de evaluare clinică și de prim ajutor

Prezența unei plăgi în vecinătatea sau pe traiectul unor vase sanguine majore impune suspiciunea de leziune vasculară. Aceeași bănuială apare atunci cînd la nivelul extremităților există fracturi, luxații sau zone de strivire.

— *Evaluare :* De la primul contact cu victima trebuie :

— evaluată *amploarea sîngerării externe* prin plagă ;

— căutate semnele unui *posibil hematom profund* în masa musculară sau retroperitoneal ;

— căutate *semnele de revărsat hemoragic în marile cavități* — pleurală și peritoneală ;

— evaluată *starea hemodinamică generală ;* tendința la hipotensiune și tahicardie are semnificație alarmantă a unei sîngerări majore.

Este obligatoriu ca distal de zona lezată să se cerceteze : pulsul arterial periferic, semnele de stază venoasă și de edem, sensibilitatea cutanată și activitatea motorie musculară.

— *Atitudine :* Întrucît *timpul* scurs de la accident pînă la rezolvarea chirurgicală este *factorul critic* de care depinde dezvoltarea unor leziuni ischemice ireversibile, orice bănuială de leziune vasculară impune evacuarea de maximă urgență la chirurgie. Pentru *stăpînirea temporară a hemoragiei* se va face apel la pansament compresiv sau la compresiunea digitală a trunchiului arterial proximal de leziune iar membrul respectiv va fi menținut în poziție ridicată. Mai poate fi utilă flexiunea puternică a articulației proximale, spre rădăcina membrului, pe un rulou de fașă — pentru a realiza compresiunea arterială la nivelul plicii respective.

Se recomandă : evitarea garoului, care implică riscul unor leziuni direct imputabile constricției excesive. Dacă celelalte mijloace de hemostază temporară au eșuat se va aplica totuși un garou strîns atît cît este strict necesar pentru a stăpîni sîngerarea și se vor respecta recomandările amintite la datele generale privitoare la asistența primară a traumatizaților.

Ungența evacuării în mediu chirurgical adecvat este decisivă pentru prevenirea constituirii unor leziuni periferice ischemice reversibile dar și pentru prevenirea șocului hemoragic acut.

Scanned with OKEN Scanner

3. AGRESIUNILE TERMICE

3.1. ARSURILE

Sarcinile imediate ale celui care acordă primul ajutor unui accidentat prezentînd arsuri sînt :

a — îndepărtarea victimei din mediul în care s-a produs accidentul ;
b — examen clinic general rapid și complet pentru depistarea unor eventuale leziuni asociate (traumatice, toxice) ;
c — bilanțul funcțiilor vitale pentru :
— depistarea posibilelor stări critice cu risc major imediat (insuficiență respiratorie acută, insuficiență circulatorie acută) ;
— punerea în practică, la nevoie, a măsurilor de resuscitare adecvate ;
d — evaluarea leziunilor prin arsură termică și stabilirea orientativă a întinderii și gradului acestora ;
e — măsuri de prim ajutor de ordin general ;
f — măsuri de prim ajutor de ordin local ;
g — organizarea și efectuarea transportului victimei la spital.
Primele trei deziderate se realizează conform principiilor generale de asistență a politraumatizaților (vezi capitolul respectiv).

Evaluarea leziunilor prin arsură termică

Este util să apreciem întinderea și gradul arsurii pentru :
— stabilirea indicelui prognostic orientativ ;
— informarea unității sanitare la care vom evacua victima, cu privire la starea acesteia.
a — *Suprafața arsă* poate fi calculată cu aproximație prin „regula cifrei 9" :
— extremitatea cefalică în totalitatea sa și fiecare membru superior reprezintă cîte 9% din suprafața corporală ;
— fața anterioară și cea posterioară a trunchiului precum și membrele inferioare reprezintă fiecare cîte 18% din suprafața corporală ;
— perineul cu organele genitale externe reprezintă circa 1%.
b — *Gradul arsurii* — poate fi stabilit orientativ după aspectul clinic astfel :
— gradul I — eritem, edem, senzații locale de căldură și usturime ;

Scanned with OKEN Scanner

— gradul II — pe fondul eritemato-edematos apar flictene cu lichid serocitrin, nehemoragic ;

— gradul III — apar flictene cu lichid sanguinolent sau net hemoragic, iar în regiunile cu tegument gros (dorsal) pot apărea zone de escarificare parțială ;

— gradul IV — necroză combustională a tegumentului în toată grosimea sa, eventual carbonizarea regiunii în formele extreme.

c — *Indicele prognostic* se calculează prin înmulțirea procentului suprafeței arse cu gradul arsurii ; de exemplu o leziune interesînd 15% din suprafața cutanată și aparținînd gradului II are un indice prognostic de 30.

Valoarea indicelui prognostic reflectă orientativ gravitatea cazului și posibilitățile evolutive. Astfel, în general :

— între 60 și 100 apar frecvent complicații dar de obicei bolnavii supraviețuiesc ;

— peste 100 frecvența și gravitatea complicațiilor și în consecință proporția deceselor cresc foarte mult ;

— spre o valoare a indicelui de 200 recuperarea este practic imposibilă.

Arsurile feței și ale perineului conferă o gravitate mare cazurilor respective atît prin risc vital cît și prin sechele posibile.

Măsuri de prim ajutor de ordin general

Prima urgență : controlul și asigurarea funcțiilor vitale la parametri adecvați : respirația și circulația (vezi capitolul privitor la resuscitarea cardiorespiratorie).

Elemente specifice arsurilor.

a — necesitatea compensării pierderilor deseori ample, de apă și electroliți la nivelul suprafeței arse și prin sechestrare în zona de edem înconjurător. Acest fenomen duce rapid la hipovolemie, favorizînd instalarea stării de șoc. Pentru profilaxia sa este necesar în arsurile întinse să se înceapă de urgență, din etapa de prim ajutor, compensarea pierderilor prin perfuzie intravenoasă cu ser fiziologic și soluții glucozate 5% sau 10%, menținută și pe timpul transportului la spital ;

b — calmarea durerilor, care uneori sînt foarte intense, contribuind la apariția șocului. Este necesară administrarea de analgetice de la primul contact cu victima, repetînd după nevoie, inclusiv pe timpul transportului la spital. Dacă nu există semne de insuficiență respiratorie pot fi administrate doze mici și repetate de opiacee (30 mg), de preferat pe cale intravenoasă întrucît absorbția din țesutul subcutanat este încetinită în contextul deficitului hemodinamic ;

c — profilaxia tetanosului este obligatorie în toate arsurile ; se efectuează după tehnica prevăzută în instrucțiunile Ministerului Sănătății ;

d — profilaxia infecției prin antibiotice este facultativă în etapa de prim ajutor deși se apreciază că orice arsură este de la bun început contaminată datorită florei prezentă în mod obișnuit pe tegumente și

Scanned with OKEN Scanner

persistentă după producerea arsurii în adîncimea foliculilor pilosebacei și glandelor sudoripare. Dacă aspectul leziunii sau asocierea traumatismului local justifică începerea din această etapă a antibioterapiei se vor injecta 1—2 000 000 Penicilină G. i.m.

Măsuri de prim ajutor de ordin local

a — *Interdicții :* În etapa de prim ajutor la locul accidentului nu se efectuează nici un fel de manevre directe asupra zonei arse. Ca atare sînt prohibite :

— extragerea resturilor de îmbrăcăminte sau încălțăminte de pe suprafața arsă ;

— excizia sau înțeparea flictenelor ;

— spălarea suprafeței arse cu soluții antiseptice ;

— aplicarea de unguente, creme, pulberi pe suprafața arsă.

b — *Recomandări :* Suprafața arsă se acoperă cu un material textil curat (tifon, pînză) sau cu pansament steril, asigurînd menținerea materialului de acoperire prin înfășare adecvată, fără a atinge sau comprima excesiv.

Măsurilor de prim ajutor limitate la minimum pe plan local, și axate asupra funcțiilor vitale pe plan general, le urmează după spitalizarea victimei bilanțul lezional efectuat de specialist și primele măsuri terapeutice medicale calificate.

Organizarea și efectuarea transportului victimei la spital

Normele tehnice ale Ministerului Sănătății prevăd :

— bolnavii cu arsuri pînă la 20% suprafață corporală, la gradul I, II, III sau IV vor fi internați și tratați în secțiile de chirurgie ale spitalelor teritoriale. Se exceptează bolnavii cu arsuri de gardul IV ale mîinilor, care necesită tratament reconstructiv ; aceștia trebuie îndrumați la spitalul județean ;

— bolnavii cu arsuri peste 20% suprafață corporală, gradul I, II, III sau IV, care evoluează spre stare de șoc și risc vital, se vor îndruma cu cel mai rapid și adecvat mijloc de transport la secția de chirurgie a spitalului județean sau la clinicile chirurgicale, în județele cu centre universitare ;

— transportarea va fi întotdeauna precedată de anunțarea telefonică a spitalului către care sînt trimiși bolnavii.

Se va solicita pentru transport o autosanitară cu dotările necesare pentru măsuri de reanimare (oxigen, perfuzii intravenoase cu ser fiziologic și ser glucozat, posibilități de asistare a respirației). Victima va fi însoțită și supravegheată pe timpul transportului de un medic sau de un cadru mediu care să posede cunoștințele necesare îngrijirii adecvate stărilor critice, inclusiv pentru resuscitare cardiorespiratorie.

Cei cu arsuri care prin întinderea redusă și gradul superficial nu pun probleme de risc vital sau de urgență în aprecierea calificată a leziunilor vor fi și ei îndrumați spre consult de specialitate la unitatea chirurgicală cea mai apropiată.

Scanned with OKEN Scanner

3.2. ŞOCUL CALORIC

Definiţie

Şocul caloric apare cînd temperatura centrală a corpului depăşeşte 40°C şi se caracterizează prin perturbări severe ale funcţiei sistemului nervos central. El poate fi precedat sau asociat cu alte două manifestări clinice determinate de expunerea excesivă la căldură :

— crampele musculare, produse fie prin perturbări electrolitice fie prin mioliză secundară efortului excesiv, fenomen fără urmări neplăcute de obicei ;

— epuizarea calorică, manifestată prin senzaţie de oboseală, de slăbiciune musculară, tahicardie, tendinţă la lipotimie în ortostatism, greţuri, vărsături. Temperatura corpului este normală dar această stare precede deseori şocul caloric.

Etiologie

a — *Factori determinanţi :*

Şocul caloric este rezultatul unui dezechilibru în producerea şi pierderea de căldură. El poate fi provocat de :

— un efort fizic intens în mediu călduros, mai ales la cei neantrenaţi : militari, muncitori cu efort mare, sportivi ;

— expunere prelungită la temperaturi ridicate ;

— alteori poate apare şi în condiţii sedentare, mai ales la bolnavi sau vîrstnici al căror sistem cardiovascular se adaptează greu la solicitările impuse de mediul călduros şi cu umiditate crescută.

b — *Factori predispozanţi* pentru şocul caloric sînt : dermatitele (modifică pierderea de căldură), consumul de diuretice sau anticolinergice, obezitatea, alcoolismul, febra preexistentă indiferent de cauză, deshidratare.

Mecanism. În esenţă se alterează pierderea de căldură prin piele, realizată prin radiere, conducţie, convecţie şi evaporare, astfel încît sub influenţa condiţiilor de mediu bilanţul caloric al organismului devine pozitiv.

Consecinţe. Sub acţiunea temperaturii crescute se produc perturbări funcţionale ale parenchimelor, cu determinism vascular în primul rînd ; dar se poate ajunge şi la leziuni organice în formele severe.

Sistemul nervos central este cel mai sensibil la şocul caloric, urmat de ficat, rinichi şi miocard. În formele severe se produce coagulare intravasculară diseminată — fenomen de mare gravitate, cu implicaţii severe asupra tuturor organelor şi sistemelor.

Profilaxia

Profilaxia şocului caloric se realizează prin :

— evitarea, cînd e posibil, a expunerii la condiţiile de mediu determinate ;

Scanned with OKEN Scanner

— adaptarea efortului fizic și a vestimentației la parametrii calorici ambientali ;
— ingestia abundentă de lichide ;
— aportul suplimentar de sare peste alimentația obișnuită pare a fi facultativ.

Semnele clinice

Semnele clinice sînt :
— predominant neuropsihice : stare confuzională, comportament bizar, stupoare, apoi convulsii și stare de comă ;
— pielea este uscată și fierbinte, roș-cenușie ;
— alura ventriculară este mult crescută, uneori peste 150/min. ;
— tensiunea arterială inițial normală tinde rapid să scadă ;
— frecvența respirației poate crește la peste 50/min.

Tratamentul

Tratamentul constă în răcirea rapidă a victimei : de preferat în apă cu cuburi de gheață, sau prin acoperirea corpului cu buiote cu gheață sau prosoape umede reci. Se măsoară frecvent temperatura rectală și se încetează manevrele de răcire îndată ce aceasta scade imediat sub 39°C — pentru a evita răcirea excesivă.

Spitalizare : Necesitatea unor măsuri suplimentare de reanimare impune efectuarea (continuarea) tratamentului în spital.

Măsuri : evacuarea de urgență de la locul accidentului la spital :
— asigurînd pe timpul transportului controlul și susținerea funcțiilor vitale ;
— începerea răcirii corpului încă din această etapă (de exemplu cu prosoape ude).

3.3. DEGERĂTURILE

Definiție

Degerăturile sînt alterări tisulare severe mergînd pînă la necroză cu caracter net localizat, delimitat determinate de expunerea prelungită la temperaturi scăzute.

Mecanismul producerii degerăturilor este explicat prin :
— înghețarea apei tisulare ; formarea cristalelor de gheață în spațiul intercelular duce la deshidratarea celulară ;
— vasoconstricție periferică intensă ;
— creșterea vîscozității sîngelui în teritoriul circulator local ;
— însumarea acestor factori duce la alterarea profundă a metabolismului tisular, constituindu-se în consecință o zonă de necroză limitată.

Topografie. Leziunile apar cu predilecție în acele zone care sînt expuse mai direct acțiunii frigului, extremitățile degetelor, lobului urechii, aripile nasului.

Scanned with OKEN Scanner

Factori de risc

a — Factorul determinant este valoarea absolută a temperaturii mediului ambiant, riscul de producere a degerăturilor fiind proporțional cu „intensitatea frigului".

b — Factorii favorizanți extrinseci sînt circumstanțele care accelerează pierderea de căldură din țesuturi spre mediul ambiant : umiditatea, vîntul, contactul cu obiecte metalice.

c — Factorii favorizanți intrinseci, sînt circumstanțele care scad :

— rezistența biologică a organismului pe plan general (stări carențiale), boli debilizante, moral depresiv ;

— troficitatea tisulară locală (arteriopatii cronice obstructive periferice).

d — Factori favorizanți cu acțiune complexă :

— consumul de alcool : accelerează pierderea de căldură prin vasodilatație periferică și modifică comportamentul individual, acesta devenind inadecvat față de condițiile de mediu ;

— hipotermia accidentală generalizată în care vasoconstricția difuză crește riscul de producere a degerăturilor.

Aspectul clinic

Aspectul clinic diferă după gravitatea leziunilor, exprimată prin :

— întindere ;

— profunzime ;

a — formele minore : zona degerată are coloratia albicioasă, sensibilitatea diminuată ; subiectiv apar parestezii. Astfel de leziuni apar frecvent la nivelul nasului, obrajilor, urechilor și extremităților degetelor. Modificările locale sînt rapid reversibile, dar dacă victima nu este scoasă de sub acțiunea frigului și nu se iau măsuri de prim ajutor se va constitui forma următoare :

b — degerătura tipică : zona degerată este albă, cu aspect pergamentos, insensibilă, subiectiv „amorțită" ;

— forma superficială interesează numai pielea și țesutul subcutanat superficial, prin intermediul cărora putem deprima prin apăsare țesuturile sănătoase subiacente ;

— în forma profundă extremitatea respectivă este de consistență ferm lemnoasă, nedepresibilă.

După dezghețarea zonelor degerate, acestea

— devin dureroase spontan și la palpare ;

— apare un edem local moderat ;

— tegumentul devine cianotic — marmorat, cu pete roșii și cu flictene serohemoragice.

Măsurile de prim ajutor

Gesturile inițiale obligatorii :

— scoaterea victimei de sub acțiunea frigului ;

— asigurarea repausului într-o încăpere încălzită ;

Scanned with OKEN Scanner

— încălzirea rapidă a extremității degerate prin introducerea acesteia într-un vas cu apă la temperatura de 40—42°C timp de 30 minute.

Precauțiuni :

— temperaturile mai mari pot produce arsuri ;

— se controlează temperatura apei cu un termometru ;

— în absența termometrului se va testa temperatura apei cu mîna normală (a celui ce acordă ajutorul) pentru a da senzația de cald dar nu de fierbinte ;

— niciodată nu se testează temperatura apei cu mîna degerată ;

— orice altă sursă de căldură (foc, sobă fierbinte) este periculoasă, putînd genera arsuri.

În condiții precare de prim ajutor cînd nu este disponibilă pe moment apă caldă, se va folosi căldura umană prin ținerea extremității degerate între mîinile sau în regiunea axilară a celui ce acordă ajutorul.

Sînt interzise :

— masajul sau fricțiunea zonei degerate — se pot produce escoriații cu risc de infectare ;

— fumatul — efect vasoconstrictor ;

— manevre de mică chirurgie asupra zonei degerate (excizii de flictene sau de zone cu aspect necrotic).

După acordarea primului ajutor :

— victima este menținută în repaus într-o încăpere încălzită cu zona degerată liberă, neacoperită, fără contactul și presiunea directă a eventualelor haine sau pături ;

— medicația vasodilatatoare și antiagregantă nu are nici o influență asupra țesuturilor degerate poate cel mult ameliora evoluția zonei de tranziție către țesuturile sănătoase ; indicația facultativă în etapa de prim ajutor ;

— antibioticele nu sînt necesare în această etapă, dacă nu sînt asociate și alte leziuni traumatice ;

— profilaxia tetanosului după schema în vigoare a Ministerului Sănătății este indicată în cazurile severe.

Trimiterea bolnavului la cea mai apropiată unitate chirurgicală este obligatorie. Transportul trebuie realizat :

— în condiții de confort — în primul rînd termic ;

— asigurînd protecția zonei degerate printr-un pansament steril sau măcar prin învelire cu materiale textile curate, *evitînd compresiunea.*

Atenție!

La primul examen al unui degerat nu poate fi apreciată corect gravitatea leziunii.

Delimitarea țesuturilor necrozate se face foarte lent, în interval de multe săptămîni.

Stabilirea atitudinii terapeutice este de răspunderea specialistului chirurg (plastician).

Scanned with OKEN Scanner

3.4. HIPOTERMIA GENERALIZATĂ ACCIDENTALĂ (ÎNGHEȚUL)

Definiție

Hipotermia generalizată accidentală constă în scăderea necontrolată (prin contrast cu hipotermia iatrogenă deliberată, folosită în situații bine determinate) a temperaturii întregului corp sub 35°C, datorită expunerii prelungite la frig.

Tabloul clinic

— este dominat de deprimarea funcțiilor sistemului nervos central : victima este somnolentă, subcomatoasă sau în stare de comă, în raport cu gravitatea și durata hipotermiei ;

— tegumentele sînt palide, uneori cianotice ;

— temperatura rectală poate avea valori de la 35 pînă la 21°C ;

— în formele ușoare există tremurături și frisoane, dar sub 32°C acestea dispar ;

— respirațiile sînt rare și superficiale, deseori se constituie precoce leziuni bronhopneumonice ;

— tensiunea arterială se menține de obicei în limite normale pentru un timp apoi tinde să scadă ;

— frecvența bătăilor cardiace este scăzută de la început.

Evoluție

În cazurile fatale decesul se produce de obicei prin fibrilație ventriculară sau prin asistolie cardiacă, atunci cînd temperatura centrală coboară între 23 și 21°C.

La cei recuperați pot apărea complicații ale refrigerării : edem pulmonar, insuficiență hepatică, insuficiență renală, pancreatită acută, coagulare intravasculară diseminată.

Complexitatea tulburărilor metabolice impune evacuarea de maximă urgență a victimei la cel mai apropiat spital dotat cu secție de terapie intensivă.

Măsuri de prim ajutor

Important : Nu trebuie stabilit diagnosticul de deces prin hipotermie pînă cînd nu s-au încercat toate măsurile de resuscitare în etapa de prim ajutor dar și în condiții de dotare adecvată — în secția de terapie intensivă. În hipotermia severă diminuarea proceselor metabolice face ca oprirea respirației și circulației să fie compatibile cu resuscitarea reușită și după un interval de timp apreciabil. Victima trebuie evacuată la spital chiar dacă avem impresia de moarte clinică.

În cazurile blînde (temperatură centrală între 35 și 32°C), mai ales la cei care încă reacționează prin frisoane, poate fi uneori suficientă

Scanned with OKEN Scanner

încălzirea pasivă timp de cîteva ore prin învelire cu pături moi de lînă. Se vor face determinări ale temperaturii rectale pînă cînd se atinge valoarea normală.

În cazurile severe, dacă nu este posibilă evacuarea imediată la spital în condiții de confort și cu protecția unor pături groase de lînă, se poate încerca reîncălzirea în baie cu apă caldă, progresiv cu 1—2°C pe oră pînă cînd apa atinge 40—42°C.

Între timp se vor face însă eforturi de a asigura transportul la spital în condiții adecvate, internarea fiind impusă de complicațiile ce pot apărea după reîncălzire datorită perturbărilor metabolice produse în perioada de hipotermie.

Scanned with OKEN Scanner

4. ASPECTE DE URGENȚĂ ÎN PATOLOGIA VASCULARĂ ÎN AFARA TRAUMATISMELOR

4.1. TROMBOFLEBITA SUPERFICIALĂ

Date generale

Tromboflebita venelor superficiale este ușor de recunoscut datorită poziției subcutanate a acestora.

La nivelul membrelor superioare apar rareori tromboflebite superficiale : de obicei în mediu spitalicesc, după perfuzii intravenoase prelungite sau după catetere venoase menținute mult timp.

Majoritatea tromboflebitelor superficiale apar la membrele inferioare, deobicei pe dilatații varicoase preexistente. Factori favorizanți sînt : traumatisme locale sau vecinătatea cu focare septice supurative.

Tromboflebita superficială recidivantă sau „migratorie" este întîlnită ca manifestare precoce în : trombangeita obliterantă, unele neoplasme viscerale (semnul lui Trousseau), boli maligne de sistem.

4.1.2. *Semnele clinice* sînt :

— cordon venos superficial indurat, de aspect moniliform sau omogen ca o coardă dureros spontan și la palpare ;
— înconjurat de o zonă de edem ;
— tegumentele supraiacente congestive ;
— temperatura locală crescută.

Fenomenele inflamatorii locale, uneori intense, foarte supărătoare pentru bolnav, nu se însoțesc de obicei de un răsunet general semnificativ — cel mult o ascensiune termică moderată.

Localizarea cea mai frecventă o întîlnim pe traiectul safenei interne și al venelor tributare ei, mai rar în teritoriul safenei externe.

Evoluție

Tromboflebita superficială are de obicei un caracter localizat, fără tendință la extensie pe trunchiul venos sau în profunzime, și ca atare fără tendință la complicații.

Scanned with OKEN Scanner

Rareori focarul trombotic poate supura, cu formarea unui abces tromboflebitic și cu stare generală septică frisoane și febră înaltă.

După retrocedarea — de obicei lentă — a fenomenelor inflamatorii, rămîne pentru mult timp un cordon indurat palpabil pe traiectul venei.

Tromboflebita superficială nu lasă în general sechele circulatorii venoase semnificative.

Diagnostic diferențial

a. Aspectul local poate preta la confuzia cu celulita, limfangita, sau alte procese inflamatorii ale părților moi. Sistematizarea topografică a fenomenelor inflamatorii pe teritoriul venos superficial clarifică diagnosticul.

b. Diferențierea de tromboflebita profundă se bazează pe faptul că în această formă există edem important al membrului și nu se palpează cordoanele venoase superficiale trombozate. Rareori cele două tipuri de tromboflebită se pot asocia, prin extensia procesului trombotic și inflamator spre sistemul venos profund sau prin evoluția de la început a ambelor localizări.

Tratament

În absența unei interesări a sistemului venos profund tratamentul este simptomatic și nu impune spitalizarea :

— se recomandă evitarea eforturilor fizice și a ortostatismului prelungit ;

— nu sînt necesare repausul la pat, anticoagulantele și antibioticele ;

— analgetice uzuale pentru liniștirea durerilor ;

— medicație antiinflamatorie (indometacin) pe cale orală ;

— sub formă de pomezi aplicate local.

În perioadele firești de repaus la pat se aplică prișniț local.

Tratamentul este menținut o perioadă de 7—10 zile după cum evoluează semnele locale de inflamație.

Ulterior li se va recomanda purtătorilor de varice folosirea ciorapului elastic și consult chirurgical în vederea rezolvării operatorii radicale.

Spitalizarea celor cu tromboflebită superficială poate deveni necesară cînd :

— inflamația are un caracter extensiv ;

— este interesat și sistemul venos profund ;

— se constituie o supurație a focarului tromboflebitic.

Atenție !

Tromboflebitele recidivante și migratorii impun investigații complete pentru lămurirea contextului cauzal în raport cu ipotezele severe de diagnostic amintite mai sus.

Scanned with OKEN Scanner

4.2. TROMBOFLEBITA PROFUNDĂ A MEMBRELOR PELVINE

Mecanismul de producere a tromboflebitei profunde

Mecanismul de producere a tromboflebitei profunde a membrelor pelvine implică trei factori :

— creşterea coagulabilităţii sanguine şi alterarea endoteliului venos, fenomene determinate de o gamă largă de condiţii etiologice.

a. *Staza venoasă ;* cel mai des este consecinţa repausului prelungit la pat în condiţii de : convalescenţă postoperatorie, imobilizare în aparat gipsat, boli debilitante, insuficienţă cardiacă sau respiratorie, involuţie senilă, obezitate morbidă ;

— alteori este datorită unui obstacol mecanic (de exemplu compresiunea exercitată pe trunchiurile venoase de către o tumoră) sau unui deficit hemodinamic general, cu scăderea fluxului de aport arterial în stări de colaps prelungit sau de şoc.

b. *Hipercoagulabilitatea* poate fi indusă de boli sanguine (policitemie, limfoame maligne, leucemii), tumori maligne, folosirea anticonceptionalelor orale, traumatisme accidentale şi intervenţii chirurgicale.

c. *Alterarea endoteliului venos* este frecvent întîlnită în boala varicoasă, insuficienţa venoasă cronică, sechele postflebitice, dar poate fi produsă şi de un traumatism direct al endovenei sau de vecinătatea unui focar septic.

Asocierea mai multor factori de risc sporeşte probabilitatea de apariţie a tromboflebitei profunde.

Manifestările clinice

Manifestările clinice sînt extrem de variate :

— uneori bolnavul nu prezintă semne şi simptome semnificative ;

— alteori apare un edem masiv, dureros, asociat cu semne generale inflamatorii severe ;

— cel mai des există o senzaţie de disconfort şi de tensiune la nivelul gambei, uneori şi coapsei membrului afectat, senzaţie care în raport cu intensitatea fenomenelor inflamatorii şi trombotice se poate accentua pînă la durerea intensă.

Durerea este accentuată de contracţia muşchilor sau de punerea lor în tensiune de către examinator, ceea ce duce la limitarea antalgică a mişcărilor.

Edemul este frecvent, dar variat ca intensitate în funcţie de gradul şi întinderea obstrucţiei venoase.

Semne generale. În cazurile severe se asociază febră, tahicardie, anxietate, alterarea stării generale.

Simptomatologia variază după nivelul la care este localizat procesul de tromboză, astfel :

Gamba este sediul cel mai frecvent al tromboflebitei profunde. Manifestările clinice sînt în general puţin zgomotoase : durere spontană şi sensibilitate la palparea moletului, edem moderat interesînd piciorul şi glezna. Uneori tromboflebita gambieră nu are semne clinice semnifica-

Scanned with OKEN Scanner

tive si devine manifestă la un moment dat printr-o complicație brutală la distanță : tromboembolismul pulmonar.

Tromboza venei femurale, asociată frecvent și cu tromboză gambieră, este mai amplă în manifestări, cu dureri spontane și sensibilitate la palpare în zona distală a coapsei și în spațiul popliteu și cu un edem accentuat care cuprinde toată gamba și se extinde deasupra genunchiului.

În tromboza axului venos iliofemural, durerea, sensibilitatea și edemul interesează membrul pelvin respectiv în întregime.

Forme particulare. Uneori tromboflebita are o evoluție rapid agravată :

— fie cu obstrucție masivă a axului venos profund, cianoză și apoi gangrena de origine venoasă a membrului pelvin (phlegmatia coerules dolens) ;

— fie cu asocierea la tromboflebită a unui spasm arterial cu semne de ischemie periferică acută (Phlegmatia alba dolens).

Manevre de diagnostic. Pentru sprijinirea supoziției de tromboflebită sînt utile cîteva manevre clinice :

— în tromboza venoasă profundă a gambei flexia dorsală a piciorului produce durere la nivelul moletului (semnul Homans) ;

— compresiunea manuală a maselor musculare pe tibia este dureroasă cînd există o tromboflebită a venelor profunde ;

— aceste semne nu au o semnificație categorică, dar sînt frecvent întîlnite și pot fi utile în depistarea precoce a tromboflebitei profunde ;

— măsurarea comparativă a circumferinței membrelor pelvine la diferite niveluri este mai valoroasă ca semnificație, întrucît creșterea de volum a membrului tromboflebitic este constantă ;

— mai pot fi prezente uneori o moderată dilatație a venelor superficiale, congestie cutanată și creșterea temperaturii locale, atunci cînd trombozei i se asociază o reacție inflamatorie importantă.

Din totalitatea bolnavilor cu tromboflebite profunde numai aproximativ jumătate au manifestări clinice, extrem de variabile cu intensitate de la caz la caz.

Diagnosticul diferențial în cazurile manifeste este uneori dificil. Pot fi aduse în discuție obstrucția limfatică cronică, celulita gambieră, ruptura unui chist sinovial popliteu cu fuzarea lichidului către gambă, arteriopatii inflamatorii, rupturi musculare, hematom sau edem posttraumatic, edem de cauză medicală.

Evoluția tromboflebitelor profunde

Evoluția tromboflebitelor profunde este imprevizibilă :

— uneori cu remisiune aparent completă ;

— alteori cu complicații cronice de tipul varicelor secundare și insuficienței venoase cronice ;

— există și riscul evoluției rapid agravate pe plan local (gangrena de origine venoasă) sau general (embolii pulmonare de diferite gravități, prin migrarea unor fragmente de trombus).

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul

Tratamentul acestei forme de tromboflebită implică :

— repausul la pat cu membrele pelvine ușor ridicate, pe un plan aflat în unghi de 15—20° cu orizontala ;

— administrarea de anticoagulante, inițial injectabile (heparină) apoi pe cale orală (derivată de cumarină).

Evoluția imprevizibilă a bolii și rigorile tratamentului anticoagulant impun internarea imediată a bolnavului în spital ori de cîte ori există măcar bănuiala unei tromboflebite profunde.

4.3. OCLUZIA ARTERIALĂ PERIFERICĂ ACUTĂ

(sindromul de ischemie acută periferică)

Tipuri de leziuni

Ocluzia arterială periferică acută poate fi provocată de embolie, tromboză sau traumatism.

a. *Embolia arterială* este consecința migrării în circulație :

— a unui fragment dintr-un trombus la nivelul atriului stîng (bolnavi cu fibrilație atrială cronică sau cu stenoză mitrală) ;

— sau ventriculului stîng (infarct miocardic recent cu tromb intraventricular parietal) ;

— rareori agentul emboligen este un fragment tumoral, de obicei dintr-un mixom cardiac, sau un fragment de placă de aterom din peretele unei artere mari.

b. *Tromboza arterială* periferică acută se dezvoltă de obicei pe un teren aterosclerotic, la nivelul plăcilor de aterom ulcerate. Uneori diferențierea clinică de un accident embolic este dificilă.

c. *Traumatismele* pot produce ocluzie arterială acută prin mecanisme variate :

— contuzie cu spasm parietal sever ;

— leziune de endarteră urmată de tromboză ;

— compresiune de către un hematom sau un fragment osos dintr-o fractură ;

— secțiune parțială sau totală sub acțiunea agentului traumatic sau a unui fragment osos ascuțit.

Semne clinice

Întreruperea bruscă și completă a fluxului printr-o arteră care pînă în momentul respectiv era normală morfologic și funcțional este urmată de instalarea dramatică a semnelor de ischemie periferică acută.

Primele semne sînt :

— durere atroce, parestezii, senzație de răceală la nivelul zonei ischemiate ;

Scanned with OKEN Scanner

— urmate rapid de pierderea sensibilității și paralizia musculaturii ;
— tegumentele sînt inițial de o paloare extremă, dar după cîteva ore devin cianotice.

După circa 12 ore extremitatea respectivă, insensibilă la palpare, devine inertă, de culoare cianotică lividă, și cu dureri spontane profunde intense — semn de infarctizare musculară întinsă și de evoluție inevitabilă către gangrenă.

Topografie :

Există o corespondență între linia de demarcație a zonei :
— ischemice și nivelul ocluziei arteriale ;
— obstrucția poplitee induce modificări ischemice începînd cu treimea inferioară a gambei ;
— cea a femoralei comune are linia de delimitare în treimea inferioară a coapsei ;
— cea a femoralei superficiale produce ischemia din treimea superioară a gambei ;
— obstrucția iliacă produce ischemie din zona proximală a coapsei ;
— iar cea a bifurcației aortei de la nivelul pliului inghinal, bilateral.

Evoluție

Agentului emboligen inițial i se adaugă de regulă :
— reacția spastică violentă a teritoriului arterial respectiv ;
— tromboza extensivă cu punct de plecare la nivelul embolusului. Acestea anulează posibilitățile de supleere a circulației prin colaterale și agravează ischemia.

Evoluția ulterioară depinde de :
— mărimea și sediul embolusului ;
— intensitatea și durata spasmului arterial ;
— prezența, viteza de evoluție și gradul de extensie a trombozei adăugate ;
— starea anterioară a teritoriului arterial.

+ Aspectul clinic este foarte dramatic dacă fluxul arterial în membrul respectiv era anterior normal, așa cum se întîmplă cel mai des în embolii.

+ La cei cu tromboze apărute pe un teren aterosclerotic, cu ischemie cronică, se dezvoltă de multe ori în prealabil o circulație colaterală care reușește cîteodată să preia fluxul circulator din trunchiul obstruat. În atari situații există șansa diminuării gravității leziunilor tisulare și intensității manifestărilor clinice.

+ Alteori tromboza survine pe fondul unei ischemii cronice severe precipitînd astfel dezvoltarea unei gangrene care era oricum iminentă.

Atitudine de urmat

Ischemiile acute periferice posttraumatice sînt dificil de interpretat în etapa primului contact cu victima, mai ales cînd există leziuni multiple. Substratul lezional și posibilitățile evolutive sînt greu de stabilit

Scanned with OKEN Scanner

dar riscurile potențiale sînt foarte mari. Ca atare *în ischemiile acute posttraumatice, după efectuarea măsurilor de prim ajutor imediat și asigurarea funcțiilor vitale, victima va fi evacuată la spital de maximă urgență.*

Ischemia acută prin embolie sau tromboză constituie deasemeni o urgență terapeutică imediată.

Evoluția spontan favorabilă este excepțional de rară — în micile embolii care nu se însoțesc de spasm arterial și de tromboză. De regulă ischemia se agravează progresiv și se ajunge rapid la leziuni tisulare ireversibile care impun amputația extremității respective.

Imediat după stabilirea diagnosticului de ischemie acută periferică se administrează heparină 5 000 u.i.v. pentru a încerca prevenirea trombozei intraarteriale extensive. Vasodilatatoarele periferice au o eficiență redusă în această situație. Sînt necesare analgetice pentru diminuarea durerii.

Factorul cel mai important pentru sporirea șanselor de evoluție favorabilă este operativitatea evacuării la spital, de preferat într-o unitate cu posibilități de rezolvare chirurgicală a urgențelor vasculare.

Scanned with OKEN Scanner

5. INFECȚIILE CHIRURGICALE

5.1. ABCESUL ȘI FLEGMONUL

DEFINIȚII : Abcesul : zonă de necroză tisulară septică localizată, cu colecție de puroi limitată prin țesut de granulație. Colecția purulentă se formează în general rapid, în cîteva zile, consecință a inflamației acute a țesutului conjunctiv, cu evoluție spre necroză tisulară. Caracterul localizat al supurației este determinat de izolarea puroiului într-o cavitate limitată de „membrana piogenă" cu 3 straturi : fibrinoleucocitar, conjunctivocapilar de neoformație, și fibroscleros spre periferie.

Flegmonul : inflamație acută a țesutului conjunctiv, cu necroză tisulară extensivă.

Difuziunea procesului septic supurativ este datorită :

— lipsei oricărei tendințe de delimitare din partea organismului ;

— agresivității deosebite a germenilor (cel mai frecvent stafilococi și streptococi).

Mecanism. Pătrunderea germenilor în țesuturi este :

— fie consecința unui traumatism (injecție, plagă înțepată) ;

— fie mai rar a însămînțării hematogene plecate de la un focar septic la distanță.

În practica curentă se întîlnesc cel mai des abcese și flegmoane postinjecționale, fie la nivelul feselor, fie în masa musculară a lojii anterioare a coapsei.

Scăderea capacității de apărare antiinfecțioasă favorizează producerea acestor supurații ; ele sînt mai frecvente la vîrstnici, diabetici, denutriți, neoplazici, la cei supuși unor tratamente imunodepresive sau imunodeprimați din alte motive.

Semnele clinice sînt bine cunoscute și de obicei ușor de recunoscut.

Local regăsim semnele clasice ale inflamației :

— tumefacție ;

— congestia tegumentelor ;

— durere spontană, accentuată prin palpare ;

— creșterea temperaturii cutanate locale ;

— ědem înconjurător ;

— jenă funcțională locoregională.

Pe plan general apar semnele obișnuite de septicitate :

— ascensiune termică cu oscilații mari ;

— tahicardie ;

Scanned with OKEN Scanner

— alterarea stării generale ;
— cefalee ;
— inapetență.

În etapa inițială de evoluție, cînd nu se percepe la palpare fluctuența și nu avem certitudinea colectării supurației, trebuie efectuată o puncție cu ac gros în zona de maximă tumefacție. Dacă nu se extrage puroi, se repetă puncția modificînd direcția acului și dacă totuși puncția rămîne negativă bolnavul va fi menținut în supraveghere, repetînd eventual puncția în ziua următoare.

Cînd diagnosticul rămîne îndoielnic se va face apel la specialistul chirurg.

Prezența fluctuenței în zona centrală a tumefacției inflamatorii impune drenajul chirurgical imediat. În supurațiile colectate profund, subfacial, fluctuența poate fi uneori dificil percepută.

Tratamentul acestor supurații localizate este în principiu simplu :
— deschidere chirurgicală largă ;
— evacuarea colecției ;
— drenajul cavității colecției supurate.

Antibioticele au indicație relativă în special la bolnavii imunodeprimați sau în supurațiile acute extensive.

De cele mai multe ori deschiderea largă a focarului supurativ este suficientă pentru o evoluție bună.

Atenție : Decizia de rezolvare ambulatorie în dispensar a unei atari supurații trebuie bine cîntărită. Unele colecții aparent superficiale pot avea prelungiri profunde subfaciale (în „buton de cămașă"). Alteori abcesul sau flegmonul evoluează pe un teren precar (vîrstnici, cancerоși, imunodeprimați) care impune o supraveghere medicală strictă. Supurațiile de întindere mare necesită incizii și debridări ample apoi pansamente laborioase, frecvente, cel puțin în primele zile.

Ca atare este recomandabil a trimite bolnavii cu flegmon sau cu abces profund la unitatea chirurgicală teritorială.

Se pot rezolva ambulator în condiții de dispensar doar colecțiile supurate strict localizate și evident superficiale.

Tehnica : — anestezie locoregională circumscriind zona interesată, cu xilină sau procaină 1%
— incizia tegumentului și țesuturilor subiacente pînă se realizează deschiderea largă a cavității abcesului ;
— evacuarea puroiului ;
— lavaj abundent cu apă oxigenată ;
— meșarea cavității și pansament.

Supurațiile localizate și superficiale, incizate corect, nu necesită asocierea antibioterapiei.

5.2. STAFILOCOCIILE CUTANATE

DEFINIȚII : Furunculul, furunculul antracoid și hidrosadenita sînt infecții cutanate întîlnite frecvent în practica curentă, determinate de obicei de stafilococul auriu, rareori cel alb.

Scanned with OKEN Scanner

Furunculul : infecție stafilococică a foliculului pilosebaceu.

Furunculul antracoid : asocierea mai multor furuncule apropiate între ele, confluente.

Furunculoza : prezența mai multor furuncule diseminate, simultane sau succesive.

Hidrosadenita : infecția stafilococică a glandelor sudoripare.

Aspecte clinice : Dezvoltarea stafilocociilor cutanate este sesizată precoce de bolnav datorită senzației locale de durere și „mîncărime".

Furunculul : tumefacție localizată a tegumentului, congestivă, dureroasă spontan și la palpare, înconjurată de o mică zonă infiltrativ-eritematoasă, uneori asociată cu adenopatie regională inflamatorie. După cîteva zile de evoluție centrul placardului inflamator al furunculului devine albicios apoi necrotic, constituind burbionul.

În stafilocociile cutanate simple nu se asociază manifestări de ordin general.

Furuncului antracoid :

— *semne de stare septică severă* : frisoane, febră 39°—40°, alterarea stării generale ;

— *local* focarele furunculoase juxtapuse confluează și evoluează către o supurație extensivă necrozantă, cu maximum de intensitate în centrul placardului inflamator, unde pe suprafața cutanată necrotică se exteriorizează mai multe burbioane. Subiacent există o zonă întinsă de necorză a țesutului subcutanat. Astfel de leziuni apar de obicei pe pielea cefei sau a spatelui, la bolnavi cu rezistență antiinfecțioasă diminuată — foarte des la diabetici.

Hidrosadenita are semne inflamatorii cutanate localizate și de obicei fără răsunet general, ca și furunculul simplu incipient.

Apare în zonele cu glande sudoripare foarte numeroase (axilă, perineu), mai ales în condiții de igienă precare.

Dezvoltarea unui placard inflamator extensiv hidrosadenitic poate da impotență funcțională parțială (antalgică) a membrului toracic sau pelvin învecinat focarului.

Diagnostic diferențial : în etapele incipiente aceste leziuni pot fi eventual confundate cu noduli inflamatori de altă natură (eritem nodos, infecții fungice), tumorete cutanate benigne sau maligne, chiste sebacee inflamate.

Evoluție : În absența unui tratament adecvat instituit la timp stafilocociile cutanate pot evolua mai ales la bolnavi tratați și imunodeprimați, spre complicații :

— locale : celulită, abces sau flegmon cutanat ;

— regionale : flebită septică de vecinătate, adenoflegmon ;

— generale : septicemie, septicoemie.

Stafilocociile localizate la nivelul extremității cefalice se complică uneori cu tromboflebita plexurilor venoase intracraniene, accident grav, cu risc letal mare. Furunculele antracoide ale cefei pot determina abcese epidurale, meningită, septicemie.

Tratament : *Elementul principal în tratamentul stafilocociilor cutanate îl constituie incizia și drenajul focarului septic.*

Scanned with OKEN Scanner

Atenție : Nu se va încerca niciodată exprimarea prin presiune digitală a micii colecții purulente. Manevra poate determina diseminarea hematogenă a germenilor cu dezvoltarea consecutivă a unei tromboflebite regionale sau a unei septicemii.

Anestezie : Pentru leziunile superficiale și izolate, formele cel mai des întîlnite, se pot folosi :

— anestezia locală prin refrigerare cu clorură de etil (Kelen) ;

— infiltrarea perilezională (nu în focar !) cu soluție de procaină sau de xilină în concentrație de 0,5—1%.

Furunculul :

— incizie în zona de maximă tumefacție inflamatorie și extragerea obligatorie a zonei necrotico-purulente centrale (burbionul) ;

— lavaj cu un antiseptic citofilactic (apă oxigenată, cloramină) ;

— pansament simplu, schimbat apoi zilnic.

Evoluția este de regulă rapid favorabilă.

Furunculele vechi, neglijate, se pot complica cu extensia procesului supurativ în țesutul subcutanat realizînd un focar septic cu două cavități — *abcesul „în buton de cămașă"*. Nerecunoașterea prelungirii profunde subcutanate a furunculului induce un tratament insuficient, adresat numai „dopului" necroticopurulent dermic, ceea ce duce la evoluția trenantă a supurației.

Abcesul „în buton de cămașă" trebuie incizat larg și suficient de adînc pentru a deschide și cavitatea profundă — asigurînd astfel o vindecare rapidă.

Furunculul antracoid nu poate fi rezolvat ambulator. Se impune spitalizarea într-o secție de chirurgie. Aici tratamentul va consta în incizie largă în formă de cruce, cu excizia țesuturilor necrotice, sub anestezie generală.

Furunculoza și furunculul antracoid impun investigarea clinică și de laborator a bolnavului în ideea depistării unei patologii cu implicații în diminuarea rezistenței antiinfecțioase (diabet, stări de imunodeficiență).

Hidrosadenita : incizia și drenajul fiecărui focar supurativ în mod asemănător tehnicii folosite pentru furuncule. Evoluția este de regulă favorabilă.

Tendința de cronicizare a micului foçar supurativ hidrosadenitic trebuie să trezească ideea unei micoze locale, ușor de verificat prin examenul microscopic al secreției.

Pentru profilaxia recidivelor se recomandă :

— o bună igienă locală ;

— evitarea deodorantelor și antisudorificelor astringente ;

— eventual badijonajul cu soluții antiseptice blînde.

Hidrosadenita multiplu recidivantă sau cronicizantă poate impune tratament chirurgical prin excizia tegumentelor axilare și acoperirea defectului cu grefe cutanate.

Tratamentul cu antibiotice nu este necesar în formele obișnuite ale stafilocociilor cutanate. El se impune însă în formele severe, cu supurații necrozante și extensive — ca în furunculul antracoid, furunculoza multiplă, sau la bolnavii cu imunodeficiențe (de ales între : penicilină G 12 000 000 u/zi, oxacilină oral 4 g/zi, eritromicină oral 1,8 g/zi).

Scanned with OKEN Scanner

5.3. CELULITA

DEFINIȚIE : infecție invazivă nesupurativă, cu germeni banali, a țesutului conjunctiv. În limbajul curent acestui termen i se acordă eronat și alte înțelesuri, fără semnificație chirurgicală — cum ar fi de exemplu infiltrația adipoasă indurativă a unor zone ca șoldurile, coapsele, brațele.

Etiopatogenie. Celulita „chirurgicală" are ca substrat microscopic o inflamație severă a dermului și țesutului subcutanat, în care deși există numeroase polimorfonucleare nu apar focare supurative decît cel mult, uneori, la poarta de intrare.

Această leziune apare de obicei la nivelul unei extremități și se prezintă ca o zonă cu tegument edematiat și cu coloratie roșie închisă.

Evoluție : Placardul inflamator se extinde rapid, în mod centrifug, de la poarta de intrare. Zona de graniță cu țesuturile sănătoase învecinate are uneori un contur șters, alteori însă se prezintă ca o margine netă ușor reliefată față de tegumentele învecinate — ca în erizipel.

Agentul cauzal este cel mai des streptococul, dar pot fi întîlniți și alți germeni piogeni.

Poarta de intrare poate fi : o plagă operatorie, o injecție, un ulcer cronic cutanat, o zonă de dermatită sau de micoză. Nu arareori bolnavii respectivi sînt tarați : diabetici, cirotici, alcoolici, imunodeprimați.

Fenomenelor locale li se adaugă, în raport cu severitatea infecției și reacția organismului, *semne generale inflamatorii :* ascensiunea termică și alterarea stării generale.

De la focarul celulitic se constituie deseori trasee de limfangită ca niște cordoane inflamatorii dermice, roșii, dureroase, iar la nivelul grupelor ganglionare limfatice regionale pot apare procese de limfadenită. De obicei nu apar focare supurative.

Probleme de diagnostic. Celulita trebuie diferențiată de :

— leziunile supurate care necesită incizie și drenaj ;
— tromboflebita cu edem intens periflebitic ;
— alergiile severe de contact ;
— inflamația chimică aseptică după unele injecții.

Tratament. Nefiind vorba de constituirea unei colecții purulente, nu este necesară incizia focarului inflamator. Tratamentul constă în :

— prișnit local care să cuprindă și să depășească zona inflamată ;
— penicilinoterapie în doze : 12 milioane u/24 h ;
— dacă la poarta de intrare apare un focar supurativ, acesta va fi incizat și drenaj.

În formele cu evoluție extensivă și cu reacție generală severă se impune spitalizarea.

5.4. ERIZIPELUL

DEFINIȚIE : infecție acută nesupurativă a dermului cutanat produsă de streptococul beta hemolitic grupa A.

Poarta de intrare poate rămîne uneori nesesizată, alteori depistăm o leziune cutanată minimă : escoriație, înțepătură, eczemă micotică, ragadă interdigitală.

Scanned with OKEN Scanner

Date clinice : Debutul este marcat de obicei de semne generale : ascensiune termică brutală pînă la 40—41°, cu alterarea stării generale : cefalee, inapetență, modificări neuropsihice cu agitație și stare confuzională în fenomenele severe. După cîteva ore apar *modificările locale :* placard inflamator cutanat edematos — congestiv și dureros, cu extensie rapidă, cu marginile ușor reliefate și avînd o nuanță mai închisă a eritemului, iar zona centrală mai deprimată și mai palidă.

Tratament : Nu este obligatorie spitalizarea dacă poate fi asigurată supravegherea bolnavului prin control zilnic și dacă infecția nu evoluează pe un organism tarat.

Tratamentul constă în :

— prișniț amplu local și penicilinoterapie în doze mari (8—12 milioane u. în 24 ore) 7—14 zile. În caz de intoleranță la penicilină poate fi utilizată eritromicina 1,2 g/zi, 7 zile.

După rezolvarea episodului acut este necesară căutarea eventualelor focare de infecție streptococică — de exemplu amigdaliene — și asanarea lor.

Erizipelul nu conferă imunitate, ca atare poate recidiva dacă focarul streptococic nu este asanat.

5.5. TETANOSUL

DEFINIȚIE : toxiinfecție specifică determinată de Clostridium Tetani, bacil gram pozitiv anaerob, a cărui neurotoxină produce iritabilitate nervoasă și contracții musculare tetanice.

Etiopatogenie. Agentul cauzal pătrunde și se multiplică în plăgi contaminate cu pămînt, praf, materii fecale, și în care există condiții de hipoxie, de anaerobioză. Condiții favorizante pentru dezvoltarea tetanosului sînt : plăgile înțepate și cele cu retenție de corpi străini sau conținînd țesuturi devitalizate. Uneori (sub 5% din cazuri) poarta de intrare nu poate fi evidențiată.

Incubația variază de la 24 ore la 2 luni, cu o medie de 7—9 zile. Întîrzierea tratamentului chirurgical corect al plăgii și a terapiei antitoxinice scurtează perioada de incubație. În general perioadele de incubație lungi corespund unui prognostic evolutiv mai bun.

Date clinice. Elementele esențiale pentru diagnostic sînt :

— prezența unei plăgi cu risc tetanigen care nu a fost corect tratată ;

— limitarea mișcărilor mandibulei prin spasm dureros al mușchilor maseteri ;

— spasmul mușchilor faciali (risus sardonicus) ;

— rigiditatea cefii ;

— uneori laringospasm ;

— spasme tonice și convulsii generalizate induse de orice excitanți din mediul înconjurător.

Atitudine. Un astfel de tablou clinic impune evacuarea bolnavului de maximă urgență la cea mai apropiată unitate spitalicească dotată cu secție de terapie intensivă, întrucît fenomenele toxice nervoase se pot agrava rapid, cu paralizia mușchilor respiratori și exitus prin insuficiență respiratorie acută.

Scanned with OKEN Scanner

Îndată după stabilirea diagnosticului se va începe — pînă la evacuarea bolnavului — *seroterapie antitetanică* (vezi instrucțiunile M.S.) și se va administra *Diazepam injectabil* în tentativa de a stăpîni spasmele musculare. În absența unor mijloace adecvate de asistare a respirației este de preferat să *evităm barbituricele injectabile,* care pot favoriza depresia respiratorie.

Se va începe deîndată administrarea de penicilină G în doză mare (14 milioane u.). Scopul antibioterapiei este de a omorî clostridiile cantonate la poarta de intrare și a împiedica eliberarea unor noi cantități de neurotoxină, dar nu are efect asupra toxinei deja eliberate.

Dacă plaga nu a fost rezolvată corect la momentul oportun, după declanșarea semnelor clinice ale bolii se va temporiza rezolvarea chirurgicală a acesteia timp de o oră după începerea seroterapiei masive antitetanice. Manevrele efectuate asupra plăgii fără o bună anestezie, ca și orice alți stimuli brutali, pot declanșa crizele convulsive tetanice. Este prudent de aceea ca plaga să fie explorată chirurgical sub o anestezie adecvată, în mediu spitalicesc.

Profilaxie. Gravitatea toxiinfecției tetanice impune o profilaxie riguroasă, realizată :

— prin realizarea corectă a vaccinării generale a populației conform reglementărilor în vigoare ;

— prin recunoașterea și tratarea adecvată și precoce a plăgilor cu risc tetanigen.

Acestea sînt : plăgi înțepate cu așchii, spini, cuie, corn de vită, mușcăturile de animale, plăgile anfractuoase, cu zdrobire de țesuturi, cu zone devitalizate, cu retenție de corpi străini, fracturile deschise, arsurile de gradul II și III, ulcere varicoase cronice injectate, perforațiile uterine prin avort delictual, și în general orice plagă murdărită cu pămînt, praf, bălegar.

Plăgile traumatice cu risc tetanigen trebuie asanate chirurgical cît mai precoce :

— deschidere largă și debridare ;

— înlăturarea corpilor străini și a țesuturilor devitalizate ;

— spălarea abundentă cu apă oxigenată ;

— în final lăsarea plăgii deschisă sau apropiere laxă a marginilor, asigurînd un drenaj eficient.

Plăgile profunde, cele cu devitalizări tisulare întinse și cele cu retenție de corpi străini impun control chirurgical de specialitate.

Se începe imediat administrarea de penicilină G minimum opt milioane u/24 h, menținută timp de 7—10 zile (după aspectul inițial și evoluția plăgii).

Atenție : La persoanele la care avem certitudinea unei vaccinări antitetanice anterioare corecte se va administra ATPA 0,5 mil. intramuscular.

La cei nevaccinați sau cu antecedente vaccinale nesigure se va administra ser antitetanic cu precauțiunile de testare și eventual desensibilizare, în dozele recomandate în instrucțiunile M.S. (Anexa 2)

De asemenea, se va administra ATPA 0,5 ml intramuscular (în altă zonă decît cea în care s-a injectat serul) și se vor mai efectua ulterior la intervale de 2 săptămîni alte 2 administrări, pentru realizarea unei vaccinări complete.

Scanned with OKEN Scanner

5.6. ANTRAXUL, CĂRBUNELE SAU PUSTULA MALIGNĂ

Definiție: Afecțiune rară în prezent în țara noastră este provocată de bacilul cărbunos (bacilus anthracis), germene gram pozitiv sporulat. Contaminarea se realizează prin mînuirea blănurilor, lînii, sau pieilor animalelor infectate : oi, vite, cai.

Boala este întîlnită de obicei la ciobani și la alte categorii de îngrijitori de animale.

Clinică. Formele clinice sînt determinate de poarta de inoculare : cutanată, pulmonară și digestivă.

Forma cutanată este cea mai frecventă și cu prognosticul cel mai bun. Leziunea apare inițial ca un furuncul aparent banal care însă ulterior se extinde rapid și dezvoltă central o zonă întinsă necrotică de culoare neagră. La periferie prezintă vezicule cutanate, iar de jur împrejur un edem alb gelatinos foarte accentuat. Uneori leziunile sînt multiple.

Tratament. Local pansament uscat simplu parenteral penicilină G 8 milioane u/24 h, timp de 7—8 zile.

5.7. FASCEITA NECROZANTĂ

Definiție : infecție invazivă a fasciilor de înveliș ale maselor musculare, provocată de o asociere de germeni patogeni, complicată cu tromboza septică a vaselor nutritive ale pielii și consecutiv necroză cutanată.

Etiopatogenie. Locul de declanșare a fenomenelor este constituit de obicei de o plagă punctiformă postinjecțională sau un ulcer cronic varicos. *Infecția se răspîndește* apoi de-a lungul fasciei, mai sărac vascularizate, și produce tromboza vaselor care străbat fasciile către suprafață. Consecutiv pielea este devascularizată și suferă modificări necrotice, dar mușchii și oasele nu au de suferit. Necroza fascială este de regulă mai întinsă decît cea cutanată. Pielea prezintă zone necrotice și flictenulare înconjurate de edem și congestie. La palpare se percep uneori crepitații. Zona necrozată devine deseori insensibilă.

Starea generală prezintă o alterare severă de tip toxicoseptic.

Asocierea microbiană cauzală include streptococi, stafilococi, bacil gram negativ și anaerobi.

Atitudine. Această infecție severă impune spitalizarea urgentă pentru debridare chirurgicală largă și penicilinoterapie masivă asociată cu gentamicină sau un alt antibiotic cu spectru similar.

5.8. INFECȚIILE CLOSTRIDIENE

Infecțiile clostridiene au un spectru clinic larg, mergînd de la contaminările superficiale neglijabile la gangrena gazoasă extensivă a mușchilor cu stare toxicoseptică gravă.

Etiopatogenie. Există șase specii de clostridii care pot determina infecții la oameni, prezente izolat sau în asocieri variate. Cel mai frecvent

Scanned with OKEN Scanner

sînt incriminate Clostridium perfringens (Clostridium Welchii), Clostridium novyi și Clostridium septicum.

Acești germeni sînt bacili gram pozitivi anaerobi sporulați, prezenți obișnuit în intestinul omului și al multor animale. Au o largă răspîndire în mediul înconjurător, pe pămînt, praf, și nisip, putînd contamina ca atare îmbrăcămintea și tegumentele.

Factori de risc. Multiplicarea germenilor este favorizată în situațiile în care potențialul redox tisular este diminuat :

— irigație sanguină deficitară ;
— striviri și delabrări musculare ;
— edem sever ;
— prezența corpilor străini în plagă ;
— microorganisme consumatoare de oxigen — bacteriile anaerobe.

Terenul imunodeprimat (diabetici, cancerosi, tratamente imunodepresive, deficiențe imunologice congenitale sau dobîndite), este propice pentru dezvoltarea acestor infecții severe.

Mecanism. Clostridiile se multiplică și produc toxine care difuzează în țesuturile înconjurătoare porții de intrare. Acestea au efect necrozant asupra țesuturilor respective dar pătrund totodată și în circulația generală producînd multiple dificiențe organofuncționale care pot evolua pînă la șoc toxicoseptic și exitus.

Formele clinice, în ordinea crescîndă a gravității, sînt : contaminarea simplă, abcesul gazos, celulita clostridiană, miozita clostridiană localizată, miozita clostridiană difuză (gangrena gazoasă) și gangrena edematoasă.

a. *Contaminarea simplă.* În multe plăgi deschise există o contaminare sau infectare superficială cu clostridii, fără a induce însă un proces patologic semnificativ local sau general. Plaga poate evolua fără nici o particularitate, sau cel mult poate prezenta trecător un exsudat seropurulent maroniu.

În atari situații nu se dezvoltă o infecție invazivă pentru că elementele clostridiene sînt cantonate numai pe suprafața necrotică a plăgii, iar țesuturile înconjurătoare sînt sănătoase.

Tratamentul se limitează la debridarea suprafeței tisulare necrotice, lavaj cu apă oxigenată și pansament simplu.

Totuși în anumite condiții (teren imunodeprimat, supraadăugarea unui nou traumatism sau a unui deficit circulator sever) evoluția se poate complica cu gangrenă tisulară invazivă.

b. *Abcesul gazos* este o infecție clostridiană de obicei localizată, fără caracter invaziv. Delimitarea procesului septic este favorizată de :

— integritatea maselor musculare ;
— hemodinamica locală normală.

Plaga are secreție caracteristică infecției clostridiene : seropurulentă, maronie, extrem de fetidă, cu bule de gaz care pot difuza și în țesuturile conjunctive învecinate.

Durerea locală și edemul sînt moderate, iar răsunetul general nu are severitatea stărilor toxicoseptice, deși bolnavul este febril și tahicardic.

Tratamentul local :

— incizii largi, debridare ;
— lavaj și apoi pansament îmbibat cu apă oxigenată.

Scanned with OKEN Scanner

Se impune tratament antimicrobian energic : penicilină G în doze mari (15--20 milioane u. în 24 h) asociată cu metronidazol în doză de 2 g per os sau 4 g în supozitoare rectale pe 24 ore, în prize egale distribuite la interval de 6 ore.

c. *Celulita clostridiană crepitantă* este o infecție invazivă a țesutului subcutanat favorizată de traumatisme și de ischemie, deci de condiții care induc devitalizarea țesuturilor. Evoluează de obicei suprafascial și se poate extinde cu mare rapiditate producînd un edem crepitant de culoare albă. Semnele și simptomele generale sînt modeste ca amploare și gravitate — element de diferențiere față de miozita clostridiană.

Tratament : Incizii largi, apă oxigenată local, penicilinoterapie masivă asociată cu metronidazol.

d. *Miozita clostridiană localizată*. Este rar întîlnită, de obicei după traumatisme. Infecția interesează masa musculară dar nu are caracter invaziv. Plaga este edematoasă, crepitantă, cu secreție seropurulentă maronie și cu bule de gaz, foarte fetidă. Nu apar de obicei semne de ischemie a membrului respectiv. Pe plan general se înregistrează febră și tahicardie dar fără alterare severă a stării bolnavului.

Tratamentul : același ca și la celulita anaerobă, dar incizia interesează de data aceasta masa musculară cuprinsă de procesul septic.

e. *Miozita clostridiană difuză sau gangrena gazoasă* se dezvoltă de obicei după un interval scurt (cîteva zile) de la traumatismul care a lezat și infectat masa musculară.

Tabloul clinic este dramatic, cu dureri intense ale plăgii, edem accentuat, secreție seropurulentă fetidă, cu bule de gaz, crepitații la palpare.

Bolnavul devine rapid febril, tahicardic, cu o stare toxicoseptică profundă care evoluează spre insuficiență hepatorenală și exitus.

Extensia procesului septic în masele musculare depășește de regulă întinderea edemului superficial. Tratamentul local respectă principiile amintite mai sus, dar cel general este complex, medicației antimicrobiene energice asociindu-se terapia antigangrenoasă specifică și oxigenoterapie hiperbară.

f. *Gangrena edematoasă* este determinată de clostridium edematiene (Clostridium novyi). Infecția masei musculare nu este însoțită de producerea de gaze ci de un edem muscular foarte important. Agresivitatea procesului septic este extremă, cu sfîrșit deseori fatal.

Tratamentul este același ca în gangrena gazoasă.

*

Probleme generale. Profilaxia infecțiilor clostridiene se realizează prin :

— tratarea corectă a oricăror plăgi murdărite cu pămînt, praf, excremente, fragmente de îmbrăcăminte, cu retenție de corpi străini, sau cu devitalizări întinse de mase musculare și cu ischemie tisulară.

Explorarea și tratarea corectă a unor atari plăgi trebuie realizată de specialist într-un mediu chirurgical adecvat, dar toaleta primară corectă efectuată cît mai precoce după traumatism este decisivă pentru evoluția ulterioară.

Scanned with OKEN Scanner

Se instituie cît mai precoce antibioterapia cu penicilină G în doze mari.

Atenție : Nici un antibiotic nu poate împiedica evoluția nefavorabilă a unei plăgi care nu a fost de la bun început tratată corect chirurgical.

Infecțiile clostridiene pot pune uneori — în etapa inițială de evoluție — probleme de diagnostic diferențial cu alte procese septice mai puțin severe.

Dată fiind rapiditatea și gravitatea evoluției, cea mai mică bănuială de infecție clostridiană justifică trimiterea bolnavului, ca urgență extremă, la cea mai apropiată unitate chirurgicală.

5.9. INFECȚIILE DEGETELOR ȘI MÎINII

Date generale. Infecțiile degetelor și mîinii sînt consecința inoculării directe a germenilor în țesuturi printr-un traumatism.

Plăgile se pot complica cu un proces supurativ dacă primul ajutor și apoi asistența chirurgicală primară au fost incorecte.

Respectarea regulilor expuse în capitolul privitor la traumatismele mîinii și trimiterea operativă la cea mai apropiată unitate chirurgicală diminuează riscurile de infecție.

Deseori se produc la nivelul degetelor și mîinii infecții secundare unor traumatisme de intensitate redusă, pe care individul nu le sesizează sau cărora nu le acordă atenție : înțepături, plăgi minime, escoriații. Nu arareori în momentul prezentărilor la consult pentru procesul infecțios respectiv bolnavul nu mai poate reconstitui și relata episodul traumatic, supurația fiind aparent „primitivă".

Clasificarea clinică a acestor supurații este bazată pe criterii anatomo-topografice (A. Ionescu) :

Infecții ale degetelor :
— panarițiul ;
— osteita falangei III ;
— osteoartrita degetelor ;
— tenosinovita degetelor.

Infecții ale mîinii :
— flegmoanele lojilor palmare ;
— tenosinovita palmară ;
— celulita.

Atenție : Din această gamă variată de aspecte clinice, *la nivelul dispensarului pot fi rezolvate numai panarițiile superficiale ale degetelor*, toate celelalte situații necesitînd asistență de specialitate.

Cea mai mică bănuială cu privire la participarea în procesul septic a țesuturilor profunde sau a structurilor osteoarticulare impune trimiterea bolnavului la consult chirurgical. Această decizie trebuie luată operativ căci *temporizarea diagnosticului și tratamentul corect poate favoriza extinderea procesului septic, îngreunînd rezolvarea ulterioară și creînd riscul unor sechele anatomofuncționale handicapante.*

Profilaxie. Pentru prevenirea infecțiilor degetelor și mîinii este necesară menținerea permanentă a unei curățenii perfecte, cu grijă deosebită

Scanned with OKEN Scanner

în situațiile în care activitatea desfășurată expune la contaminări intense și repetate. Dacă în urma unor mici traumatisme se produc leziuni cutanate minime se impune spălarea abundentă cu apă și săpun, apoi evitarea contaminării și a repetării traumatismelor.

Pentru plăgi sau traumatisme complexe se aplică regulile amintite la capitolul de traumatologie.

Evoluție, aspect clinic. Infecțiile degetelor și mîinii evoluează în două etape :

— cea de debut, în care nu a apărut încă procesul supurativ ;

— perioada de supurație constituită, eventual fistulizată spontan dacă nu s-a instituit în timp util tratamentul adecvat.

Perioada de debut este marcată de semnele clasice ale inflamației : tumefacție, congestie cutanată, durere intensă, uneori cu caracter pulsatil, creșterea temperaturii locale și jenă funcțională a segmentului afectat. Uneori se pot asocia trenee de limfangită și adenopatie satelită. În supurațiile mîinii apar și semnele generale inflamatorii, febră, frisoane, alterarea stării generale, iar local impresionează edemul dur, în tensiune, impotență funcțională și imobilitatea antalgică a mîinii.

Perioada de supurație constituită : semnele inflamatorii locale se modifică, aspectul clinic diferind după varietatea anatomotopografică.

Panarițiile superficiale : decolarea tegumentului de către colecția purulentă duce la apariția unei flictene care se poate deschide la un traumatism minim. De obicei nu se asociază reacție inflamatorie generală.

Supurațiile cu evoluție profundă : se manifestă prin agravarea semnelor inflamatorii locale și generale mai ales cînd este interesată mîna. Fluctuența la palpare poate să apară tardiv, cînd colecția profundă tinde să se superficializeze și să fistulizeze.

Atenție : Extinderea zonei în care există acuze subiective și modificări obiective de tip inflamator, de la degete spre mînă și eventual spre antebraț, constituie un semnal de mare alarmă.

Fuzarea procesului supurativ impune tratamentul operator de urgență, în mediu chirurgical, sub anestezie generală.

Erori posibile : Uneori un proces supurativ profund evoluează către tegumente printr-un traiect îngust, flictena purulentă putînd fi eronat interpretată ca expresia unui panarițiu superficial. Eroarea de diagnostic duce la tratament insuficient, excizia flictenei nerezolvînd supurația profundă, care poate evolua spre agravare și extensie.

Atitudine. Tratamentul diferă după etapa în care se prezintă bolnavul. *Pentru un proces inflamator cu totul incipient :*

— se poate începe antibioterapie cu acțiune pe flora cutanată (stafilococi, streptococi) ;

— tratament antiflogistic local — prișnițe.

Dacă după cel mult 24 ore nu apar semne evidente de regresiune a inflamației bolnavul trebuie îndrumat la chirurgie.

Tendința modernă de a inciza zona inflamată încă înainte de constituirea colecției supurate (A. Ionescu) impune o bună cunoaștere a anatomiei și stăpînire a manevrelor de mică chirurgie. *Este de preferat a face apel la specialist decît a expune bolnavul la riscul unor manevre terapeutice neadecvate, care se pot solda cu sechele handicapante.*

Scanned with OKEN Scanner

Etapa de supurație colectată :

— *panariţiul superficial flictenular* se poate exciza cu foarfeca pînă la baza flictenei, fără anestezie.

Se execută lavaj antiseptic şi pansament. Evoluţia în atari situaţii este de obicei rapid favorabilă. Antibioticele nu sînt necesare.

Panariţiul periunghial impune extirparea bazei unghiei, iar *cel subunghial* decolarea şi extirparea ei în întregime, sub anestezie locală prin refrigerare cu clorură de etil sau prin infiltraţii anestezice pe feţele laterale ale bazei degetului (cîte 1—2 cm de xilină 0,5—1%).

Indicaţii ferme de trimitere la specialist :

Supuraţiile profunde ale degetelor, cele în care există semne de interesare articulară (durere vie pe interlinia articulară şi jenă funcţională) sau şi osoasă, precum şi supuraţiile mîinii se rezolvă în mediu chirurgical. Supuraţiile prelungite, fistulizate, ridică ipoteza osteitei subiacente şi impun control radiologic şi rezolvare de specialitate.

Scanned with OKEN Scanner

RECOMANDĂRI PRIVIND STERILIZAREA MATERIALELOR UTILIZATE ÎN PRACTICA MEDICALĂ

1. TEHNICA ASEPTICĂ ȘI STERILIZAREA

Multe din manevrele medicale impun din partea personalului sanitar utilizarea tehnicii aseptice.

Tehnica aseptică reprezintă totalitatea precauțiunilor necesare și obligatorii care se iau în timpul actului medical pentru evitarea sau eliminarea riscului introducerii în organismul pacientului a germenilor microbieni.

Pentru fiecare procedură medicală, elementele tehnicii aseptice sînt decise de medicul șef de compartiment și sînt respectate de tot personalul. Principala regulă a tehnicii aseptice este utilizarea de instrumente și materiale medicale sterilizate.

Sterilizarea reprezintă complexul de procedee prin care sînt distruse în totalitate microorganismele de pe instrumentele și materialele utilizate în tehnica aseptică.

Asigurarea asistenței sanitare curative și profilactice cu materiale sterile impune organizarea activității de sterilizare în toate unitățile sanitare.

2. ORGANIZAREA SERVICIULUI DE STERILIZARE

Natura felurită a materialelor supuse procesului de sterilizare, presupune dotarea serviciului de sterilizare cel puțin cu o autoclavă și cel puțin cu o etuvă.

Acoperirea necesarului curent de materiale sterilizate se realizează nu prin dotarea cu exces de capacitate de sterilizare ci prin sterilizări frecvente, recomandabil fiind ca programul serviciului de sterilizare să corespundă cu programul de funcționare al unității sanitare și să se efectueze cel puțin o sterilizare pe fiecare tură de program. În plus, sterilizarea trebuie efectuată și în zilele de duminică și alte sărbători legale, pentru asigurarea asistenței sanitare cu materiale sterilizate cu maximum 24 de ore anterior.

Cadrele sanitare care efectuează sterilizarea trebuiesc instruite de ACIRAM, SVIAM sau FIRAM, iar lista acestor cadre trebuie comunicată la CSA teritorial.

Privind circuitul materialelor supuse procesului de sterilizare, principiul care trebuie cu rigurozitate respectat este separarea netă, inconfundabilă, a instrumentului sterilizat de cel nesterilizat.

Ordinul M.S. nr. 190/1982, prevede sigilarea truselor cu materiale sterile cu banderolă de hîrtie, pe care se inscripționează ziua și ora sterilizării, conținutul trusei, aparatul la care s-a sterilizat și numărul ciclului din tura respectivă și indicativul persoanei care a sterilizat.

Evidența activității de sterilizare se ține pe registre cu rubricatură tip în care se consemnează parametrii sterilizării pentru fiecare trusă supusă procesului.

3. PREGĂTIREA MATERIALELOR PENTRU STERILIZARE

Înainte de a fi supuse procesului de sterilizare, instrumentarul medico-chirurgical trebuie minuțios curățat, activitate care va respecta următoarele etape :

— înmuiere — pentru evitarea uscării substanțelor biologice și medicamentoase în porțiuni greu levabile, instrumentarul medical de orice fel va fi imersat imediat după folosire timp de 8—15 minute în apă rece sau cu adaos de amoniac

Scanned with OKEN Scanner

sau carbonat de sodiu în concentrație de 1—2% (2—4 linguriță sodă rufe la 1 litru de apă) ; seringile cu care s-au inoculat substanțe uleioase se degresează cu neofalină înainte de înmuiere ; instrumentarul endodontic și frezele stomatologice se tratează cu apă oxigenată ;

— spălare după înmuiere — toate instrumentele și seringile vor fi spălate cu perii adecvate în apă călduță cu adaos de carbonat de sodiu 1—2%, insistîndu-se la încheieturile instrumentelor, interiorul corpului de seringă, canelurile acelor și frezelor stomatologice, pentru înlăturarea tuturor urmelor de materii organice ;

— clătire — instrumentele și materialele spălate se clătesc abundent cu apă potabilă pentru îndepărtarea urmelor de substanțe utilizate la spălare, apoi instrumentele metalice care se pupinelizează, se șterg cu cîrpe uscate.

4. STERILIZAREA

Cel mai frecvent, sterilizarea se realizează prin căldură, fie cu ajutorul vaporilor de apă sub presiune, în aparate numite autoclave, fie cu ajutorul aerului supraîncălzit în aparate numite etuve sau pupinele.

— *Autoclavele* — sterilizarea la autoclave presupune evacuarea aerului din aparat (purjare), înlocuirea acestuia cu vapori de apă sub presiune și menținerea presiunii prevăzute prin norme pentru fiecare tip de material supus procesului timp de 30 minute. La autoclave se sterilizează obiectele care nu se degradează sub acțiunea vaporilor de apă : instrumentarul metalic, inoxat, seringile de sticlă cu montură metalică, materialele textile (cîmpuri, comprese, ață etc.), obiecte din cauciuc (mănuși chirurgicale, sonde, tuburi de dren etc.) și obiectele de sticlă.

— *Etuvele* — aceste aparate permit sterilizarea obiectelor din sticlă sau din metal, la temperatura de 160°C.

Optarea pentru una sau alta din cele două valori calorice se face în funcție de natura obiectelor sterilizate, rațional fiind ca obiectele mai fragile, cum sînt instrumentele metalice tăietoare și înțepătoare să fie sterilizate la 160°C timp de 120 de minute, iar celelalte obiecte la 180°C, beneficiind de avantajul că la această temperatură, timpul de expunere prevăzut în norme este numai de 60 de minute.

Principala precauțiune care trebuie respectată la etuve este asigurarea pătrunderii aerului supraîncălzit în orice punct al șarjei, ceea ce se realizează prin :

— departajarea spațiului din interiorul etuvei prin rafturi ;

— ventilarea mecanică a aerului cald la etuvele cu capacitate de peste 50 dm^3.

5. CONTROLUL EFICIENȚEI STERILIZĂRII

Importanța particulară a activității de sterilizare impune controlul permanent al tuturor aspectelor care concură la eficiența sterilizării și anume :

— controlul vizual al stării de curățenie — nu se primesc spre a fi sterilizate instrumentele cu urme vizibile de materii organice, medicamente, detergenți etc. Controlul vizual se completează cu testul de curățenie, în cadrul căruia, prin sondaj, se șterg articulațiile instrumentelor medicale, interiorul corpului de seringă cu o compresă uscată sau umectată cu alcool etilic, încărcată pe o pensă adecvată. Compresa utilizată trebuie să rămînă curată ;

— verificarea permanentă a instrumentelor de control a aparaturii în vederea respectării presiunilor și temperaturilor recomandate în cartea tehnică a fiecărui aparat. Controlul realizării temperaturii de sterilizare la autoclave se realizează cu testul cu glucoză — citrat de sodiu. La fiecare șarjă de materiale supusă autoclavării se plasează în interiorul încărcăturii un flacon de sticlă tip penicilină cu 2,5 ml soluție de glucoză care prin caramelizare la temperatura de 123°C își modifică aspectul inițial incolor în galben-brun ;

— verificarea umidității textilelor sterilizate la autoclavele cu ciclu de uscare se face prin cîntărirea unei casolete cu textile înainte și după sterilizare.

Diferența între cele două valori nu trebuie să depășească 5% din greutatea inițială a casoletei.

Scanned with OKEN Scanner

Mijloace de sterilizare a materialelor sanitare utilizate în tehnica aseptică

Autoclav ITM	*Încărcătură*	*Modul de împachetare*	*Presiunea de sterilizare kgf/cm²*	*Timpul de sterilizare minute*
ISM_2	Textile, rufe, mănuși de ață	Casolete[1] cu orificii deschise	2 —2,1	30
ISM_2 autoclave cu deschidere la ambele capete, autoclav cu generator propriu A 95	Instrumente metalice, seringi Record, ace de seringă, ață chirurgicală	La cutii metalice închise	1,5—1,6	30
	Mănuși chirurgicale de cauciuc	Cutii tip pentru mănuși cu orificii deschise	1,2—1,3	30
	Biberoane și alte ustensile de sticlă pentru biberonerie, tetine, dopuri de cauciuc	Navete, recipiente metalice fără capac[3]	1,2—1,3	30
Autoclav vertical cu pereți dubli	Textile	În casolete[1] cu orificii deschise	2—2,2	30
	Instrumente metalice, seringi Record	În cutii metalice închise	2—2,2	30
Sterilizator rapid	Seringi Racord, ace	În cutii metalice închise maximum 15 cutii de seringă pe șarjă; spații libere între cutii; nu se așază cutii în primii 10 cm de lîngă ușă	1,7	30

1. Densitatea încărcăturii casoletei nu va depăși 120 g/dm³;
2. Sterilizarea este eficace numai după purjare corectă și cu menținerea strictă a presiunii pe toată durata ciclului;
3. Tetinele se așează în casolete separate pe strturi și între ele tifon.

INSTRUCȚIUNI

privind tratamentul plăgilor, pentru prevenirea tetanosului în cazul în care survin plăgi, cu probabilitate de a fi tetanigene, ca :

— plăgi înțepate cu așchii, spini, cuie, corn de vită (chiar după închiderea plăgii) ;
— plăgi prin mușcătură de animale ;
— plăgi cu rămînere de corpi străini în țesuturi ;
— plăgi anfractuoase cu zdrobire de țesuturi ;
— plăgi de țesuturi devitalizate ;
— plăgi infectate ;
— fracturi deschise ;
— avort empiric ;
— arsuri gradul II și III ;
— ulcere varicoase cronice infectate ;
— orice altă plagă murdărită cu pămînt, bălegar sau praf de stradă (indiferent de gradul și extinderea leziunii) ;

SE VA PROCEDA DUPĂ CUM URMEAZĂ :

I. *LA PERSOANE VACCINATE SAU VACCINATE ȘI NEVACCINATE ANTITETANIC* (indiferent de timpul scurs de la vaccinare sau revaccinare), se va efectua, imediat după rănire :
— asanarea chirurgicală a plăgii (debridare largă, eliminarea corpilor străini, suprimarea cavităților, înlăturarea țesuturilor devitalizate) ;
— aseptizarea plăgii cu soluție de Bromocet 1/1 000 sau apă oxigenată sau soluție 1/4 000 hipermanganat de K, etc. ;
— 2 ml anatoxină tetanică nativă (de preferat) sau 0,5 ml anatoxină tetanică purificată și absorbită, FĂRĂ SER ANTITETANIC ;
— tratament cu antibiotice (penicilină sau tetraciclină) prelungit, după caz, pînă la 10 zile ;

II. LA :
a. *Persoane nevaccinate antitetanic* sau :
b. *Persoane cu antecedente vaccinale nesigure ;* sau
c. *Persoane* care au primit numai prima inoculare de anatoxină tetanică nativă ; sau
d. *Persoane* la care au trecut mai puțin de 14 zile de la prima inoculare de anatoxină tetanică absorbită ;

SE VA EFECTUA, IMEDIAT DUPĂ RĂNIRE ;

1. În cazul plăgilor tetanigene
— asanarea chirurgicală a plăgilor (debridarea largă, eliminarea corpilor străini, suprimarea cavităților, înlăturarea țesuturilor devitalizate etc.) ;
— aseptizarea plăgii cu soluție de Bromocet 1/1 000 sau apă oxigenată sau soluție de hipermanganat de K 1/4 000 ;
— administrarea de *SER ANTITETANIC*, 3 000—20 000 UAI, doză unică, cu desensibilizare, conform schemei minimale (de la cap. IV) ;
— vaccinarea antitetanică de urgență, care se va practica, după una din următoarele două variante :
a. cu anatoxină tetanică nativă, injectată subcutan, zilnic timp de 10 zile, prima inoculare de 1 ml urmată de 9 inoculări de cîte 0,5 ml (injectarea se face în

Scanned with OKEN Scanner

altă parte a corpului, decît serul antitetanic) această schemă este indicată, în special, pentru cazurile spitalizate ;

b. cu anatoxină tetanică purificată și absorbită (injectată intramuscular) 0,5 ml imediat după rănire, urmată la 14 zile de a 2-a inoculare de 0,5 ml urmată după alte 14 zile de a 3-a inoculare de 0,5 ml injectată intramuscular ;

— tratament cu antibiotice (penicilină, tetraciclină).

2. În cazul plăgilor superficiale (excoriații etc.), care pot fi bine curățate, se va efectua, imediat, după rănire :

— toaleta minuțioasă a plăgii, inclusiv aseptizarea acesteia cu soluție de Bromocet 1/1 000 sau apă oxigenată sau hipermanganat de K 1/4 000 etc. ;

— eventual tratament cu antibiotice (penicilină, tetraciclină) ;

— administrarea (intramuscular) de 0,5 ml anatoxină tetanică purificată și absorbită ; doza a 2-a de 0,5 ml se administrează după 14 zile, urmată de a 3-a doză de 0,5 ml administrată după 14 zile, injectată intramuscular ;

III. *LA PERSOANE CARE AU ÎN ANTECEDENTE O VACCINARE INCOMPLETĂ* cu o doză de anatoxină tetanică absorbită sau două doze de anatoxină tetanică nativă și au trecut mai mult de 14 zile de la această vaccinare incompletă, se va efectua, imediat după rănire ;

— asanarea chirurgicală a plăgii (debridarea largă, eliminarea corpilor străini, suprimarea cavităților, înlăturarea țesuturilor devitalizate etc.) ;

— aseptizarea plăgii cu soluție Bromocet 1/1000 sau apă oxigenată sau cu hipermanganat de K 1% 4 000 ;

— Vaccinare antitetanică de urgență, după una din variantele de la cap. II, *fără ser antitetanic ;*

— tratament cu antibiotice (penicilină, tetraciclină) timp de 10 zile.

SCHEMA MINIMALĂ PENTRU DESENSIBILIZARE :

— dintr-o diluție 1/10 (cu soluție sterilă fiziologică 9‰) de ser nativ sau purificat și concentrat se va injecta subcutanat 0,25 ml ; dacă în interval de 30 de minute nu apare nici un fel de reacție locală sau generală se va continua cu :

— 0,25 ml ser nativ sau purificat și concentrat, injectat subcutanat. Se urmărește din nou timp de 30 minute și în cazul cînd nu apare nici un fel de reacție locală sau generală, se administrează :

— 1 ml ser nativ sau ser purificat și concentrat, injectat subcutanat.

Dacă în interval de 30 minute nu s-a semnalat nici un fel de reacție locală sau generală, se administrează, pe cale intramusculară, restul cantității de ser nativ sau purificat și concentrat.

Această schemă minimală de desensibilizare va fi eventual prelungită în cazul în care anamneza sau reacția bolnavului indică această prelungire.

NOTĂ : Persoanele care au primit o vaccinare de urgență conform uneia din variantele de la cap. II se consideră primo-vaccinate și urmează să fie revaccinate după un an.

Scanned with OKEN Scanner

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. — **Angelescu N.** — „Tehnici elementare de chirurgie". Editura Medicală, București, 1985.
2. — **Bancu V. E.** — „Patologie chirurgicală" — Ediția a II-a. Editura Didactică și Pedagogică, București, 1983.
3. — **Bancu V.E.** (coordonator) — „Tratat de patologie chirurgicală" sub redacția E. Proca, vol. I ; Semiologie și propedeutică chirurgicală. Editura Medicală, București, 1989.
4. — **Burlui D., Constantinescu C.** — „Chirurgie generală". Editura Didactică și Pedagogică, București, 1982.
5. — **Caloghera C.** — „Traumatismele abdominale", Editura Facla, Timișoara, 1983.
6. — **Coman C. C., Coman B. G.** — „Urgențele medicochirurgicale toracice". Editura Medicală, București, 1989.
7. — **Ionescu A.** — „Mîna". În tratat de patologie chirurgicală, sub redacția E. Proca, vol. III — Ortopedia, coordonator Denischi E., Editura Medicală, București, 1988.
8. — **Ionescu G., Szabo Iudith, Cardan E.** — „Hemoragiile digestive superioare". Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1988.
9. — **Juvara I.** (coordonator). — „Tratat de patologie chirurgicală", sub redacția E. Proca, vol. 6 : „Patologia chirurgicală a abdomenului". Editura Medicală, București, 1986.
10. — **Kaufman A.** — „Propedeutică și semiologie chirurgicală pentru medicul generalist". Editura Dacia, Cluj-Napoca, 1986.
11. — **Păun R.** — „Tratat de medicină internă" ; „Bolile aparatului digestiv". Editura Medicală, București, partea I-a 1984, partea a II-a 1986.
12. — **Păunescu-Podeanu A.** — „Baze clinice pentru practica medicală", vol. 4. Editura Medicală, București, 1986.
13. — **Prișcu Al.** — „Hemoroizii și supurațiile de origine anală", Editura Medicală, București, 1972.
14. — **Rădulescu D.** — „Abdomenul acut chirurgical". În Agenda Medicală, 1984. Editura Medicală, București.
15. — **Rădulescu P.** — „Elemente de patologie și terapeutică chirurgicală". Editura Didactică și Pedagogică, București. 1980.

Scanned with OKEN Scanner

Redactor de carte : dr. EMILIAN IMBRI
Tehnoredactor : PRIMAVERA CODREANU

Bun de tipar : 07.05.1992. Format : 16/70×100.
Hîrtie : ediții C 70×100/35 ; Coli de tipar : 6,75.

Tiparul executat la Imprimeria „Oltenia"
B-dul Mareșal Ion Antonescu, 102
CRAIOVA — ROMÂNIA

ISBN 973-39-0138-5

Scanned with OKEN Scanner